Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2004

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Justice Manitoba
Manitoba Justice

106-02147/

Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2004

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Table of Contents

History of the Medical Examiner's System	1
Introduction	3
Caseload Statistics – 2004	5
Types of Deaths Investigated and Certified	7
Homicides	7
Suicides	8
Accidental Deaths	10
Undetermined Deaths	11
Natural Deaths	12
Summary of Deaths of Personal Care Home Residents	13
Summary of Children's Deaths	13
Sudden Infant Death Syndrome	14
Manitoba Deaths – A 10 Year Review	15
Inquests	18
Inquest Recommendations – 2004	19
Reported Deaths of Children-in-Care	42
Chief Medical Examiner's Recommendations To Minister of Family Services and Housing – 2004	43

History of the Medical Examiner's System

The medical examiner and the medical examiner's system have evolved from duties that were assigned to coroners and systems put in place to affect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is derived from the old French spelling of the word "crown". The Office of the "Crowner" (Crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the Crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the Office of the Coroner was the Statute of Westminster in 1275, which established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the coroner for each inquest held.

Historically Canada inherited the concepts of coroner and coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial, and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal Law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of provincial legislation established the jurisdiction and role of the coroner and continued the coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries, and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the coroner's concept still remains.

With the advancement of the forensic sciences and pathologists specially trained in forensic medicine, it seemed logical to report cases to qualified medical persons instead of lay coroners as the bulk of reportable cases were medical in nature. From this evolved the medical examiner's system.

As recently as 1971 Manitoba enacted and proclaimed *The Fatality Inquiries Act* to replace *The Coroner's Act*. This statute was reenacted in 1975 and 1987, and, remained in effect until May 14th, 1990 when a new *Fatality Inquiries Act* was proclaimed.

The distinct feature of the current *Act* is the division of responsibilities into medical and legal disciplines. The initial inquiry into the cause and manner of death is carried out by a duly qualified medical practitioner. The inquest, when deemed necessary, is conducted by a provincial judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that the medical examiner's system in Manitoba, while relatively recent in origin, has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the coroner's system.

Introduction

The Office of the Chief Medical Examiner in Manitoba is responsible under *The Fatality Inquiries Act* and *The Vital Statistics Act* for the inquiry/investigation and certification of all deaths which are the result of violence or which are unexpected, unexplained, or unattended. Certain hospital and institutional cases are also investigated – notably those of individuals who die within 24 hours of admission, within ten days of surgery, or, while under or recovering from anesthesia. Included as well are the deaths of persons who are being held involuntarily or who are residents of a personal care home. The CME also completes legislated reviews of services provided to deceased children and/or their parents or guardians by agencies of Child and Family Services (CFS).

The area of jurisdiction is the Province of Manitoba, which has a population of approximately 1.15 million people. In addition the medical examiner has jurisdiction over those who travel through the Province.

The medical examiner's system under the direction of the Chief Medical Examiner is managed from a central office located in Winnipeg. The office has 14 permanent staff members: a director, six medical examiner's investigators, two special investigators to review CFS services, a statistician, and four support staff. The fee-for-service element is provided by 32 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors, and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner's investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system.

Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon and Thompson, part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Alcohol and toxicology analysis is provided by the Biochemistry Section at St. Boniface General Hospital. Testing in criminal cases is done at the RCMP Forensic Laboratory. Other specialty tests are obtained whenever they are required utilizing resources both in and outside the Province of Manitoba.

In 2004, 5977 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office representing 60% of all deaths in Manitoba during the year. The reports generated by the medical examiners/medical examiner's investigators contained information on the identity of the deceased, the cause and manner of death, and a summary of the circumstances surrounding the death. In many cases the Royal Canadian Mounted Police and local community police assisted the medical examiners in conducting their investigations.

The Office of the Chief Medical Examiner also has a mandate to investigate all children's deaths and to identify situations of risk. Consequently if a child dies while in care, the office not only conducts the inquiry or investigation required under *The Fatality Inquiries Act*, but reviews the actions of CFS agencies that provided services to the child and its parents or guardians. This review takes the form of a confidential report to the Minister of Family Services & Housing.

The office is involved with the eye, tissue and organ donor programs. As a result regular donations are made to the Lions Eye Bank and transplant program.

Appreciation is expressed to all law enforcement services and other related agencies that cooperated and assisted the medical examiner's office in conducting its death investigations over the past year. The office would also like to thank the Province's medical examiners who have shown, frequently under less than perfect conditions, a high level of dedication and professionalism.

CASELOAD STATISTICS 2004

Medical Examiner Certified Cases	**1619**
Non-Medical Examiner Cases	**4358**
Total Caseload	**5977**

CASELOAD REVIEW 1990 – 2004

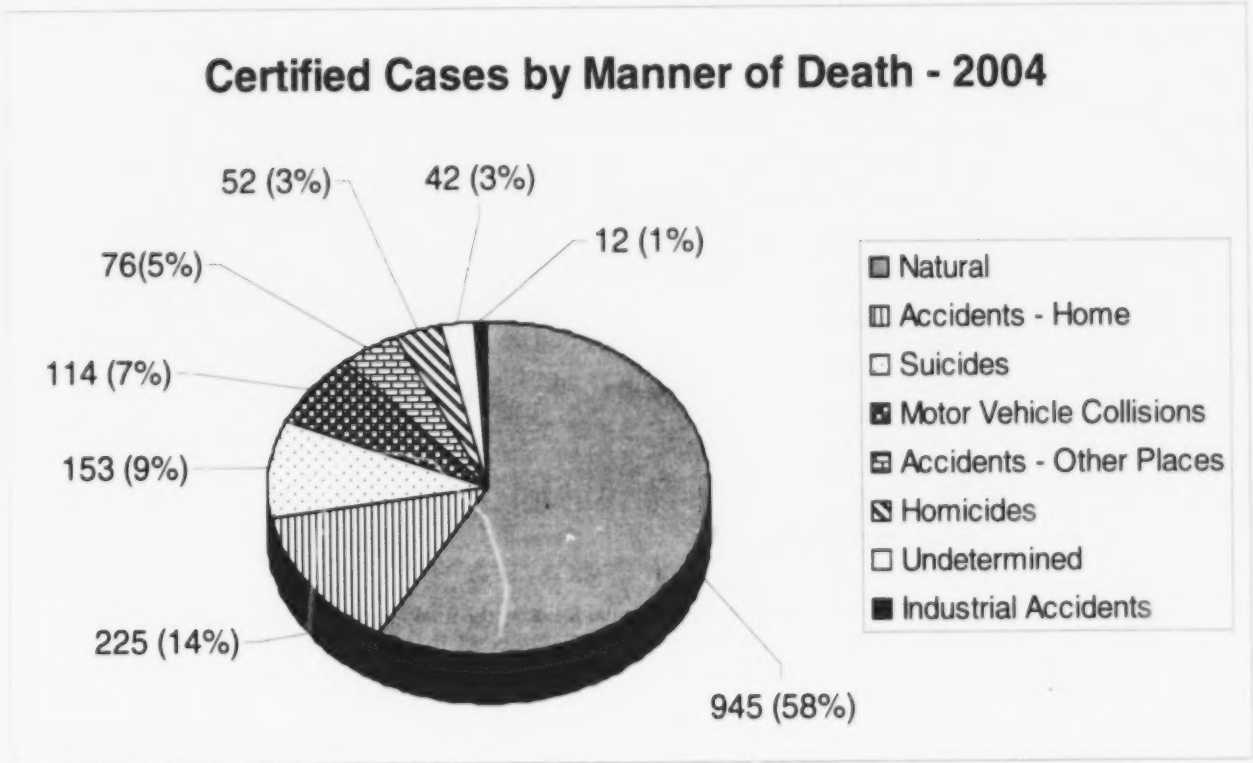
YEAR	TOTAL
1990	2633
1991	2713
1992	2741
1993	2850
1994	3150
1995	3188
1996	3031
1997	3197
1998	3178
1999	5567
2000	5590
2001	5804
2002	5935
2003	5963
2004	5977

Note: Beginning with the 1999 Annual Review, the total number of cases under caseload review includes all cases reported to the Office of the Chief Medical Examiner. The totals provided for years prior to 1999 included only cases certified by a medical examiner and non-medical examiner cases investigated by medical examiner investigators. Those totals did not include certain non-medical examiner cases, such as personal care home deaths, which did not require certification by a medical examiner. Therefore totals since 1999 provide a more accurate representation of the total yearly caseload handled by the Office of the Chief Medical Examiner.

REGIONAL DISTRIBUTION OF CASES

MANNER OF DEATH	URBAN	RURAL	TOTAL
Natural	3737	1566	5303
Accidents in the Home	164	61	225
Motor Vehicle Accidents	46	68	114
Accidents in Other Places	34	42	76
Industrial Accidents	2	10	12
Suicides	93	60	153
Homicides	41	11	52
Undetermined	30	12	42
TOTAL	**4147**	**1830**	**5977**

Note: "Urban" in these statistics include only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba classified as "Urban".



Note: Certified cases are those investigated by a medical examiner.

TYPES OF DEATH
INVESTIGATED AND CERTIFIED

HOMICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	30	11	41
Rural	8	3	11
Total	38	14	52

HOMICIDES BY AGE AND METHOD

	Age							
Method	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Over 60	Total
Firearms	0	3	5	4	1	0	0	13
Blunt Weapon/ Violence	0	1	2	2	2	3	4	14
Stabbing/ Incised Wound	0	1	3	3	4	1	2	14
Battered Child/ Shaken Baby	3	0	0	0	0	0	0	3
Other	0	1	0	4	2	0	1	8
Total	3	6	10	13	9	4	7	52

SUICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	63	30	93
Rural	46	14	60
Total	**109**	**44**	**153**

SUICIDES BY AGE AND GENDER

	Age								
Gender	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70-79**	**> 80**	**Total**
Male	16	16	17	21	22	7	9	1	109
Female	9	8	10	7	7	1	2	0	44
Total	**25**	**24**	**27**	**28**	**29**	**8**	**11**	**1**	**153**
Per 100,000	**14.73**	**15.54**	**17.12**	**15.26**	**19.94**	**8.80**	**15.74**	**2.09**	**13.08**

Note: "Rate per 100,000 population" is calculated according to age group populations for Manitoba as of June 2004 (Manitoba Health Population Report).

METHOD OF SUICIDE

Method	Male	Female	Total	Percentage of Total
Hanging/Strangulation	47	18	65	42.5%
Drug Overdose	21	15	36	23.5%
Firearms	20	0	20	13.1%
Carbon Monoxide	7	1	8	5.2%
Jumping From Heights	3	4	7	4.6%
Drowning	4	2	6	3.9%
Other	7	4	11	7.2%
Total	**109**	**44**	**153**	**100%**

SUICIDES BY REGION AND MONTH

Month of Death	Urban	Rural	Total
January	3	0	3
February	4	8	12
March	7	6	13
April	5	8	13
May	10	5	15
June	8	4	12
July	14	4	18
August	8	13	21
September	7	1	8
October	6	8	14
November	12	2	14
December	9	1	10
Total	93	60	153

ACCIDENTAL DEATHS

Non-Traffic Accidents

Industrial	**Urban**	**Rural**	**Total Deaths**
Construction	1	0	1
Farming	0	5	5
Forestry	0	1	1
Manufacturing	1	1	2
Fishing	0	2	2
Other	0	1	1
Total	**2**	**10**	**12**
Accidents In The Home			
Falls	96	25	121
Drug/Alcohol Overdose	49	16	65
Asphyxia	7	6	13
Smoke Inhalation	3	8	11
Drowning	6	1	7
Café Coronary	0	2	2
Auto Eroticism	0	2	2
Burning/Scalding	1	0	1
Electrocution	1	0	1
Other	1	1	2
Total	**164**	**61**	**225**
Accidents In Other Places			
Falls	15	5	20
Drowning	2	17	19
Exposure	2	10	12
Falling Objects	2	2	4
Aircraft	1	1	2
Smoke Inhalation	0	1	1
Drugs/Alcohol Related	0	1	1
Diagnostic Misadventure	1	0	1
Therapeutic Misadventure	1	0	1
Hunting	0	1	1
Other	10	4	14
Total	**34**	**42**	**76**
Total Non – Traffic Accidents	**200**	**113**	**313**

Motor Vehicle Accidents	Urban	Rural	Total Deaths
Single Vehicle	10	35	45
Vehicle/Vehicle	18	15	33
Vehicle/Pedestrian	7	10	17
Vehicle/Cyclist	3	0	3
Vehicle/Motorcycle	2	1	3
Vehicle/Fixed Object	2	1	3
Train/Pedestrian	0	2	2
All Terrain Vehicle	1	1	2
Vehicle/Train	1	1	2
Snowmobile	0	1	1
Minibike/Dirtbike	0	1	1
Multiple Vehicle	1	0	1
Motorcycle	1	0	1
Total	**46**	**68**	**114**
Total Non-Traffic Accidents	**200**	**113**	**313**
Total Traffic Accidents	**46**	**68**	**114**
Total Accidental Deaths	**246**	**181**	**427**

UNDETERMINED MANNER OF DEATH

Cause of Death	Male	Female	Total
No Anatomical Cause Found	6	4	10
Drug/Alcohol Overdose	7	1	8
SUDS	5	0	5
Head Injuries	2	1	3
Multiple Injuries	2	0	2
Drowning	1	1	2
Gunshot Wound	0	1	1
Hypothermia	0	1	1
SIDS	1	0	1
Seizure Disorder	1	0	1
Other	5	3	8
Total	**30**	**12**	**42**

NATURAL DEATHS

Certified Natural Deaths by Cause

Cause of Death	Male	Female	Total
Heart Disease	362	163	525
Lung Disease	64	54	118
Hemorrhage	69	44	113
Post – Operative	26	17	43
Cancer	16	5	21
Peritonitis	4	9	13
Cirrhosis	3	1	4
Undetermined	3	1	4
Intra-Operative	2	1	3
Meningitis	2	0	2
AIDS	2	0	2
Other	53	44	97
Total	**606**	**339**	**945**

Certified Natural Deaths by Age

Age Group	Male	Female	Total
Under 1 year	5	7	12
1-9	1	2	3
10-19	5	2	7
20-29	3	6	9
30-39	23	13	36
40-49	58	16	74
50-59	114	31	145
60-69	142	53	195
70-79	143	86	229
80-89	84	97	181
90-99	28	25	53
Over 100	0	1	1
Total	**606**	**339**	**945**

SUMMARY OF DEATHS OF PERSONAL CARE HOME RESIDENTS

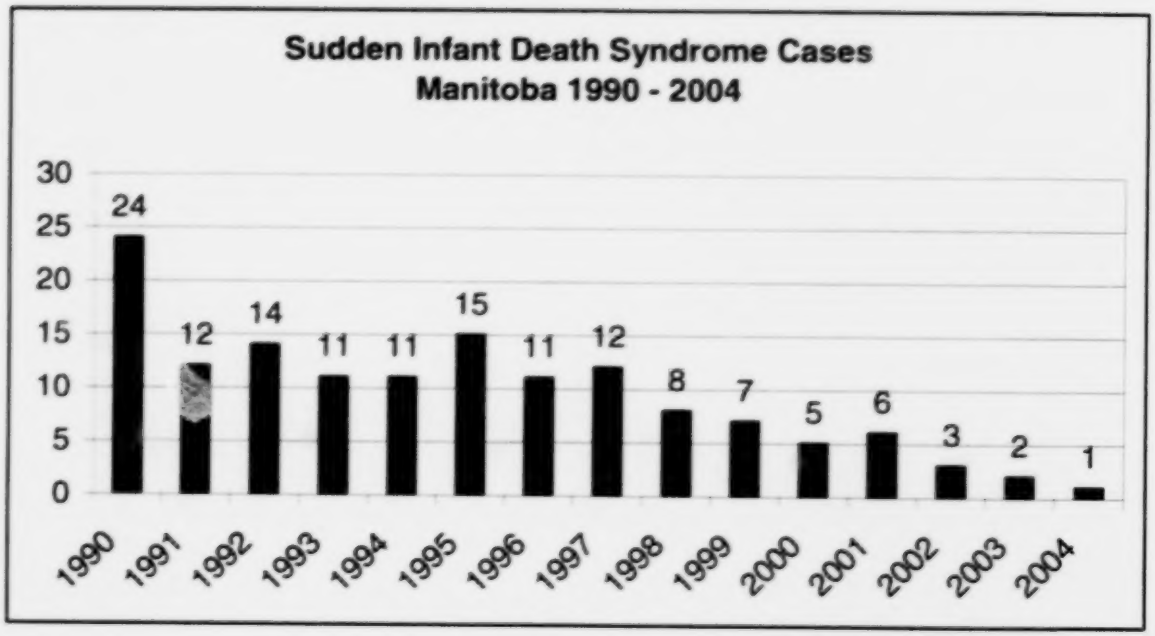
Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	36	37	73
Natural**	906	1710	2616
Accidents in the Home	21	41	62
Accidents in Other Places	2	1	3
Motor Vehicle Collisions	1	0	1
Suicides	1	0	1
Undetermined	2	1	3
Total	**969**	**1790**	**2759**

* Certified by a medical examiner.
** Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner.

SUMMARY OF CHILDREN'S DEATHS (Ages 0-17 years inclusive)

Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	10	10	20
Natural**	50	45	95
Accidents in the Home	6	4	10
Accidents in Other Places	6	2	8
Motor Vehicle Collisions	5	6	11
Suicides	11	7	18
Industrial Accidents	0	1	1
Homicides	2	3	5
Undetermined	11	1	12
Total	**101**	**79**	**180**

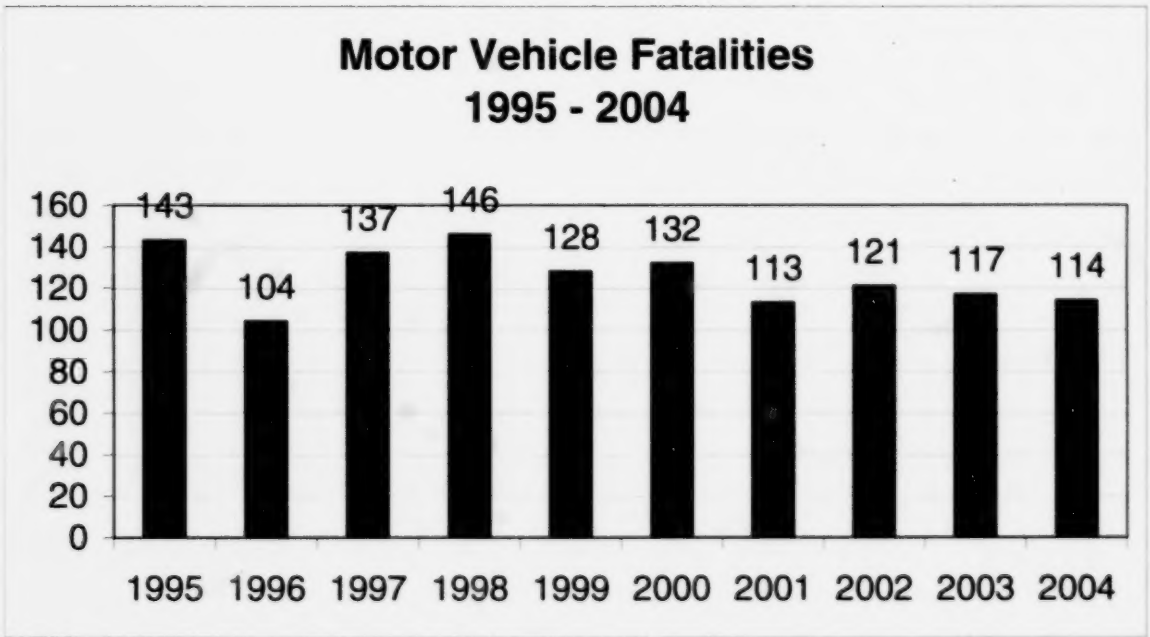
Note: 1 case of SIDS is included in the undetermined category.
* Certified by a medical examiner.
** Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner.

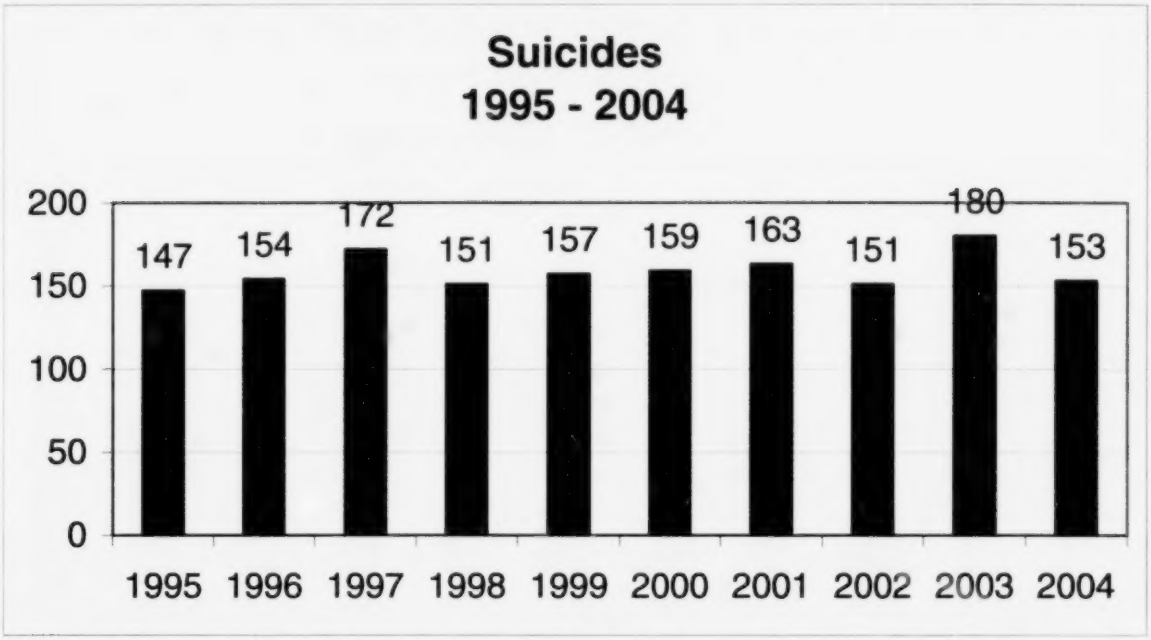


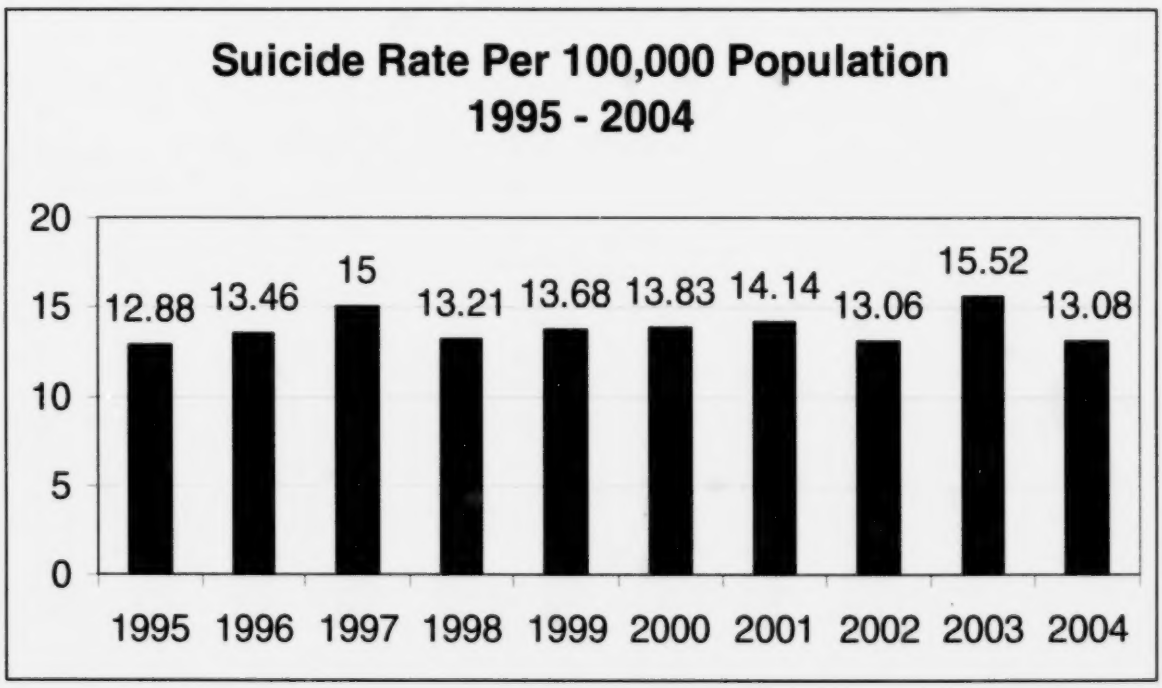
SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)
MANITOBA 2004

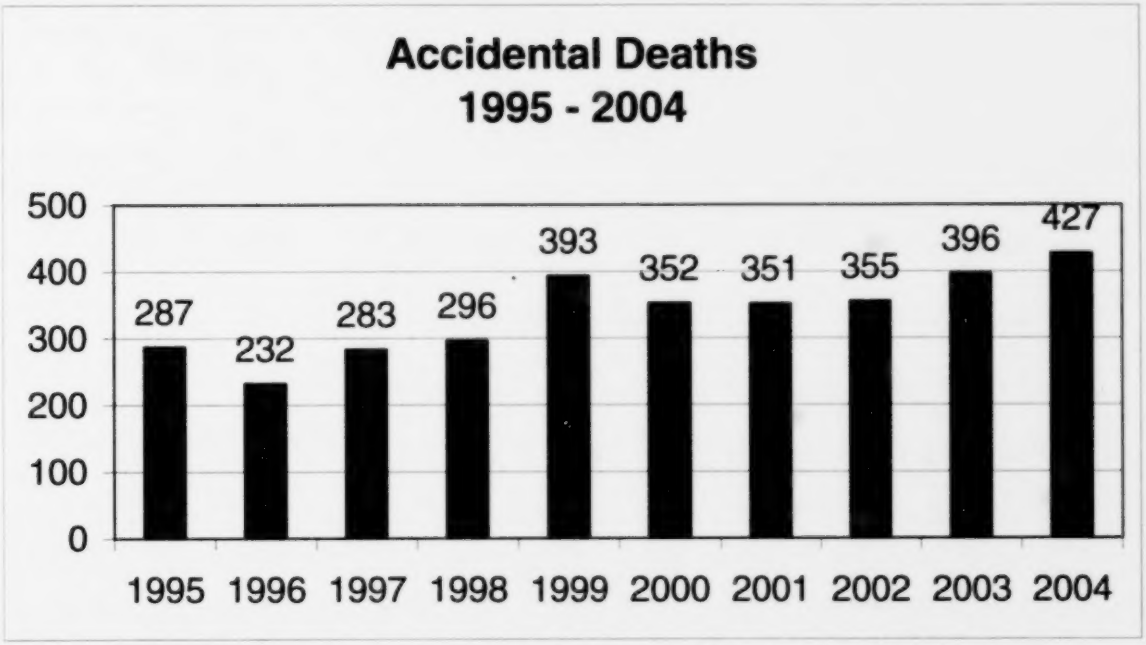
Age Group	0-4 Months	5-8 Months	9-12 Months	Total
January	0	0	0	0
February	1	0	0	1
March	0	0	0	0
April	0	0	0	0
May	0	0	0	0
June	0	0	0	0
July	0	0	0	0
August	0	0	0	0
September	0	0	0	0
October	0	0	0	0
November	0	0	0	0
December	0	0	0	0
Total	1	0	0	1

MANITOBA DEATHS
A 10 YEAR REVIEW

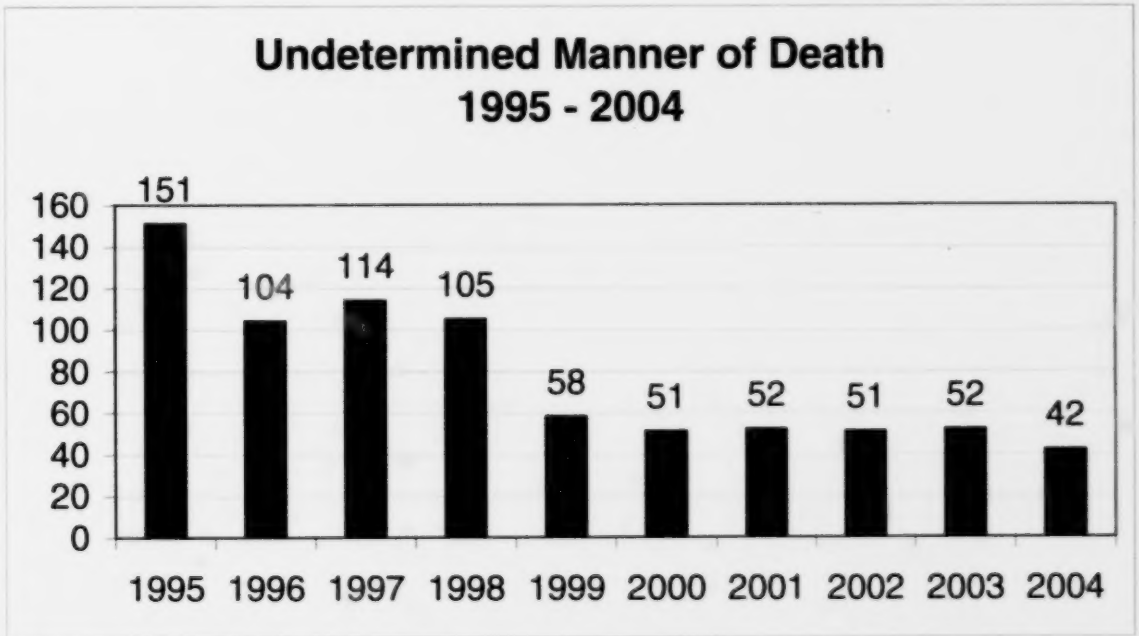



Suicides
1995 - 2004
200
150
100
50
0
147
154
172
151
157
159
163
151
180
153
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004


Suicide Rate Per 100,000 Population
1995 - 2004
20
15
10
5
0
12.88
13.46
15
13.21
13.68
13.83
14.14
13.06
15.52
13.08
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004



Note: Beginning in 1999, increase in statistics reflects reclassification of fall-related deaths from natural to accidental.



INQUESTS

INQUEST SUMMARY

Inquest reports pending as of December 31, 2003	8
Inquests called January 1, 2004 – December 31, 2004	8
Inquest reports received January 1, 2004 – December 31, 2004	7
Inquest reports pending as of December 31, 2004	9

TYPE OF INQUESTS

Summary of inquest reports received
(January 1, 2004 – December 31, 2004)

Industrial Related	Accidental	1
	Total	**1**
Medical Related	Natural	1
	Total	**1**
Child in Care Related	Suicide	1
	Homicide	1
	Total	**2**
Institutional Living Related	Suicide	1
	Undetermined	1
	Total	**2**
Other	Accident	1
	Total	**1**

TOTAL INQUEST REPORTS RECEIVED IN 2004 **7**

Inquest Report Recommendations Received - 2004

Full inquest reports are now posted at the Government of Manitoba website
www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest_reports.html

CASE FILE NO. 0404/01

Cause of Death: Asphyxia due to hanging

Manner of Death: Suicide

Circumstances: On February 11th, 2001, 25 year-old Clayton Scott of Cross Lake, Manitoba, was found hanging in a men's washroom at the Selkirk Mental Health Centre in Selkirk, Manitoba. At the time of his death he was an involuntary patient under ***The Mental Health Act***. He had been reported missing from his ward on February 9th, 2001.

Judicial Recommendations:

That The Selkirk Mental Health Centre:

1. Attempt to hire qualified aboriginal staff, who are able to speak their native languages.
2. Continue to educate its staff regarding aboriginal culture, so as to increase understanding of its aboriginal patients.
3. Facilitate visits by family members, including taking steps to find or create short-term accommodation for them while they are visiting the Centre.
4. Take steps to make the Centre as homelike as possible.
5. Continue with plans to separate brain-injured patients from those who are mentally ill.
6. Educate family members of patients on suicide risk factors and warning signs, in order to enable families to identify warning signs.
7. Conduct regular training in suicide prevention for its staff.
8. Conduct regular surveys, as have been done in the past, to eliminate, where possible, items which may be used to commit suicide.

9. Conduct regular surveys to eliminate, where possible, places where patients can commit suicide.
10. Consider carefully whether to give patients who have a history of suicide threats, privileges to leave the ward unaccompanied.

That The Government of Manitoba

1. Continue with the capital improvements planned for the Selkirk Mental Health Centre, specifically with plans to separate brain-injured patients from those who suffer from mental illness, and to provide more private sleeping accommodation for mentally ill patients.
2. Do what is necessary to ensure that northern First Nation communities have the necessary number of both family practitioners (full-time and resident in communities where the need justifies) and visiting psychiatrists to provide proper and continuous care to aboriginal persons suffering from mental health problems.
3. Encourage the development of, and funding of, group homes, so that persons with mental illnesses can be kept in their own communities and released back to their communities, wherever possible and as soon as possible
4. In its role as regulator, appreciate the need for such group homes and facilitate their operation.

That The Government of Canada

1. Take steps to increase the level of psychiatric services available in First Nations communities by way of regularly attending psychiatrists, perhaps registered psychiatric nurses, medical social workers, or similarly trained individuals, to be available to monitor psychiatric patients' care on a continuing basis.
2. Consider re-establishing funding to the Cross Lake Crisis Line or some similar program to provide crisis response to people in the community and, where necessary, respite services to families.
3. Establish mental health group homes in First Nations communities where the numbers would warrant them.
4. In order to facilitate the treatment of schizophrenic patients on Clozaril, establish laboratories in the communities where the population can support them, so that the necessary blood work can be done at regular intervals.

CASE FILE NO. 0404/96

Cause of Death: Peritonitis due to ruptured duodenum

Manner of Death: Homicide

Circumstances: Nadine Beaulieu was a 23 month old girl who died while in the care of Child and Family Services. The autopsy revealed that she died as a direct result of a ruptured duodenum which caused peritonitis. It appears that she was struck with tremendous force, by a blow which forced her stomach and duodenum to be pushed back against her spine, causing significant bruising to the stomach and a hole to be pierced in the duodenum.

Judicial Recommendations:

1. That there should be sufficient funds to ensure that there are a greater number of specialized and secure structured environments for teenage girls to live in.
2. That the Fatalities Inquires Act be amended so as to allow the inquest judge to order the appointment of counsel where it is in the opinion of the inquest judge necessary for the orderly and efficient operation of the inquest in circumstances where the person requiring counsel is indigent or otherwise unable to pay the total cost for his lawyer
3. That the appropriate social agencies provide Nadine's father the ongoing support and counselling which he will need.
4. That the program being used in Pine Creek to reduce teen pregnancies and Fetal Alcohol damage be carefully studied and if appropriate shared with other communities who would benefit from it.
5. That appropriate resources (for the proper diagnosis of children who suffer from Fetal Alcohol Damage) be put in to place as an urgent priority.
6. That all child care workers, health care workers, teachers and daycare workers be given mandatory education and training in FAS/FAE to assist them in recognizing fetal alcohol damage in the children that they have contact with and in dealing appropriately with and planning for these children.

7. That parents and foster parents of an FAS/FAE child receive ongoing training and support in dealing appropriately with such children in order to avoid many of the secondary disabilities that such children may develop.
8. That parents who have had one FAS/FAE child receive intensive education, intervention, support and supervision through child and family services agencies in order to reduce the likelihood of such damage to any future children.
9. That, where a child caring agency is aware that a mother has a history of alcohol use during her pregnancy, a mandatory FAS/FAE assessment be done to insure early diagnosis and appropriate intervention and support.
10. That, where a child caring agency is aware that a mother has given birth to an FAS/FAE child, any other biological children of that mother whether born before or after, should also be assessed for Fetal Alcohol damage.
11. That more multidisciplinary Fetal Alcohol Syndrome Teams like the ones in Winnipeg and Thompson be set up to ensure that all affected children in the province can be assessed for fetal alcohol damage at an early age, so that plans can be made to assist families and caregivers in dealing appropriately with the care of these children. Such teams must be adequately funded to ensure that all families have access to this expertise.

    (That such a team be set up in the Dauphin area given the obvious need for assessments, which exist in the Parklands Region of Manitoba.)
12. That where a child has been assessed as having FAS/FAE, all agencies that are involved in planning for that child should place particular emphasis on the need for a stable, structured, and consistent home life and should make every effort to avoid frequent changes of placement for that child.
13. That the Government of Manitoba consider drafting appropriate constitutional legislation to protect fetuses from the effects of substance abuse.
14. That all of the mother's children be assessed for fetal alcohol damage and that this be completed at the earliest opportunity.
15. That specially trained homecare aides attend upon newly licenced foster parents caring for preschool children on a regular basis for the purposes of interacting with these children.
16. That the agency develop a policy curtailing the granting of foster home licences where one of the applicants has been convicted of more than one common assault and further that policies, even draft policies should be adhered to in most instances, barring highly unusual circumstances.
17. That, instead of having the particular sentence in the foster family manual dealing with the rights of the foster parent to have foster children removed, tucked away

in the middle of a section dealing with letters of approval, it be highlighted then placed in the section dealing with foster parents' rights and responsibilities under section 8.

18. That CFS workers make it very clear to all foster parents that they have the right to request that the child be removed from their home.

19. That West Region CFS will ensure that Intra Agency training has been provided to all front line and supervisory staff in the following specific areas:

- How to complete comprehensive assessments, make diagnostic statements and then formulate case plans flowing from this assessment.
- How to develop goals and service contract planning in casework.
- How to maintain the primacy of a child safety focus in the intervention while still considering the needs of the family.
- How to provide social work counseling and intervention at the case management level with children and with families.
- How to provide support to foster parents with high needs children.
- How to provide support to foster parents in general.
- How to understand what different departments do and what each other's job descriptions entail and
- How all these various departments work together in a coordinated manner to ensure that the Child Welfare needs of children and their families are met in the most appropriate manner possible.
- How social workers and supervisors have discretion to question decisions made by other departments and the right to look further into situations if they're not satisfied in regard to child safety issues.

20. That West Region CFS will ensure that there are full assessments on all children coming into care where there is more than a temporary emergency placement.

21. That West Region CFS will reinforce with their social workers and supervisors that it is important to maintain detailed recording.

22. That West Region CFS will ensure that a file or caseload limit for workers dealing with families, where there are determined to be significant Child Welfare concerns, be significantly reduced from the caseloads that were in place at the time of Nadine's death.

23. That the Directorate will approach other departments of the Provincial and Federal government to request in-service training for physicians, working in hospitals and general practice in the West Region CFS region, in the area of child abuse and expectations for practice in that area of medicine.

24. That West Region CFS will ensure that Alternative Care or Therapeutic Foster Care staff and resource parents are invited to child in care conferences in order to enhance co-ordination between departments and care providers.

25. That West Region CFS will add foster care procedures which will ensure that Alternative Care or Therapeutic Foster Care staff persons know that they may call a case conference on a child in care if they feel that it would be in the child or foster parent's best interest.

26. That West Region CFS will ensure that children are consulted for feedback on their resource placement after they leave.

27. That West Region CFS will ensure that, whenever possible, children in care are serviced by workers who are located in the vicinity of the foster home when they are placed outside of their own community.

28. That West Region CFS will ensure that all workers involved in the case will be made aware of changes in both the support and the financial arrangements introduced to maintain a child placement in an alternative care home.

29. That West Region CFS will ensure that all Alternative Care staff persons receive sufficient training on detecting abuse and/or neglect.

30. That West Region CFS will assign at least one Alternative Care staff to concentrate exclusively on the recruitment of new foster parents.

31. That West Region CFS will ensure that there is sufficient funding to allow for recruitment campaigns in each of the nine communities serviced by West Region CFS.

32. That West Region CFS will ensure that there are local protocols which will allow police to share information of a criminal nature in regard to foster home applicants and for all those living in the prospective home who are over eleven years of age.

33. That West Region CFS will ensure that the Alternative Care Unit staff utilizes case notes to record all contacts with foster parents and collateral and place the notes in the foster care file.

34. That West Region CFS will ensure that all staff persons are aware that it is the responsibility of the worker to take charge of receiving medical reports, arranging visits and coaching and overseeing foster parent actions and expectations.

35. That West Region Child and Family Services will ensure that all open foster home files have completed detailed home studies.

36. That West Region CFS will ensure that foster care Licences are in compliance with the ages of the children who have been admitted.

37. That West Region CFS will ensure that the annual review process becomes sufficiently comprehensive to provide credible evaluation of previous foster care service and appropriate licensing recommendations for the future.

38. That West Region CFS will ensure that there is an internal written process that allows for workers from any department to initiate concerns that they may become aware of in a resource or alternative care placement.

39. That West Region CFS will refine the present draft procedures for when the Agency may approve foster parent applicants who have previous criminal convictions.

40. That West Region CFS pass a conflict of interest policy at the Board of Directors and formalize conflict of interest procedures for all internal departments and for community committees.

41. That West Region CFS will ensure that any workers or supervisors involved in making child protection or foster care decisions involving relatives should declare a conflict of interest to their immediate supervisor.

42. That West Region CFS will ensure that there is sufficient foster care training and material available for all new foster care applicants.

43. That West Region CFS will ensure that all foster parents for the Agency are provided with intensive training on how to manage children with FAS/FAE. This will require sufficient additional funding.

44. That West Region CFS will ensure that there is sufficient funding to complete the computerized information system that connects all nine communities and allows for the rapid transfer of information required to augment child safety and to plan for families.

45. That there should be a tripartite discussion that includes Manitoba's First Nations, the Province of Manitoba and the Federal government in order to reappraise appropriate funding to deal with the underlying Child Welfare issues prevalent in many First Nations communities in Manitoba.

46. That the Provincial government will implement a provincial system of ensuring compliance with provincial standards through the use of independent reviewers who are responsible for submitting completed detailed reports (both individual case summaries and over all compliance as an Agency) to Family Services and the Provincial Child Advocates office.

47. That the Directorate will place a reasonable provincial caseload limit on family workers working with protection families and for workers dealing with children in care which will be substantially reduced from the caseloads carried by workers at the time of Nadine's death.

48. That the Federal government will provide a permanent resolution of funding issues that inhibits the ability of Aboriginal Child Welfare agencies to lower risk factors for children in first Nations communities prior to their admission to care.

49. That the Directorate will provide appropriate levels of remuneration for foster parents who take care of very difficult children.

50. That the Directorate will provide opportunities for sufficient training for foster parents who will be looking after high risk and high needs children.

51. That the Directorate will ensure that there is sufficient funding to allow for individual Aboriginal Child Welfare agencies to develop culturally competent audio/video versions of the provincial Foster Care manual available for foster parents where required or requested.

52. That the Department of Justice and the Directorate will ensure that local protocols between Child Welfare authorities and all Manitoba police detachments allow for the police to share information of a criminal nature regarding foster home applicants and all those living in the home who are over eleven years of age.

53. That the Directorate will ensure that any Child Welfare Agency, that has placed a child in care, assumes the ultimate responsibility for ensuring that medical specialist appointments are scheduled when required.

54. That the Directorate will negotiate with other provincial government departments to increase the ability of the Child Protection Team at Winnipeg's Children's Hospital to do child protection psychosocial assessments, in a timely manner, that reflects accurately the number of cases which require their input.

55. That the Directorate will negotiate with other provincial government departments to increase the ability of the Child Protection Center and the Child Development Clinic to visit various high risk communities on a regular basis if they have enough referrals.

56. That the Directorate will send a provincial directive, after consultation, providing guidance for child welfare workers indicating under what circumstances sibling groups should be kept together and when they could be separated.

57. That the Directorate will, in partnership with other Government Departments and the Federal government, expand the ability of the Clinic for Alcohol and Drug Exposed Children (CADEC) to assess children for FAS/FAE.

58. That the Directorate will recommend that Child Welfare agencies in Manitoba conduct a preliminary FAS/FAE investigation on all children who come into care within the first three months in order to determine whether a complete FAS/FAE assessment may be warranted.

59. That the Directorate will ensure that there is a successful completion of core competencies expected for every social worker assuming Child Welfare social work positions as soon as reasonably possible, following commencement of employment. This requires appropriate levels of training dollars in all areas of the province so that the opportunity for this training can be sought outside of Winnipeg.

60. That the Directorate will ensure that the University of Manitoba, through its faculty of Social Work, is contracted to provide Distance Education for the B.S.W. program in order to enhance the knowledge base of workers who do not have a social work degree.

61. That the Directorate will ensure that there is sharing of costs for localized competency based training between the particular local Child Welfare Agencies and the Province of Manitoba Support Branch.

62. That the Directorate will advocate and partner with other government departments to ensure that there are enhancements to B.S.W. curriculum to include comprehensive training for child protection social workers.

63. that a protocol be put in place so that, when a child is apprehended, the agency should arrange for the child to come under the care of one designated physician in the area.

64. That the appropriate licencing body, being the College of Physicians and Surgeons of Manitoba (CPSM), provide further notice to all of their members about the prevalence of FAS in our society and make them aware of the availability of the pamphlets prepared by Dr. Chudley and also make them aware of the FAS clinic which is there to assess children.

65. That it is now time to once again engage in such a promotional campaign in aboriginal communities so that all members of the community are aware of their responsibility to report suspected child abuse and that also reports could be made in confidence without fear of reprisal.

66. That continued efforts be made by CPSM, with the assistance of the appropriate government departments, to educate all doctors and especially general practitioners and emergency room physicians as to the very real possibilities of child abuse when treating children's injuries. Further, that those physicians are reminded of their legal obligation to report any suspected cases of child abuse to the appropriate child welfare authorities.

67. That the Directorate and any Child Welfare Agency involved in a child death shall provide feedback and a status report to the Office of the Chief Medical Examiner (OCME) on any recommendations made by it in a report authored by that Office

pursuant to its statutory mandate in Section 10 of the Fatalities Inquiries Act (FIA). That to the extent that it is necessary, that Section 10 of the FIA be amended to specifically provide that a copy of the report, which is forwarded to the Minister, also be forwarded to the agency involved and to the Directorate and, as well, to provide for the feedback to the OCME.

68. That the supervisor in charge of licensing foster homes compare any annual reviews for a foster parent with the original application and any other applications which may have been made by the foster parents to determine whether or not there are any discrepancies.

69. That all special rate funding requests and approvals be placed not only on the child in care file but also on the foster parent file.

70. That, that except in extraordinary circumstances, if an inquest is to be called the determination be made within one year of the individual's death.

71. That, should the Director of CFS, determine that a review is required, then a review should be conducted in accordance with the applicable standards. This is especially important as, in this case, the report may have left the impression with some that there was not anything in the agency's handling of the case that could have been the subject of recommendations. Furthermore a review conducted in accordance with the applicable standards had a better chance of ascertaining exactly what went wrong and of making the necessary recommendations to prevent other similar tragedies. It may even have eliminated the need to conduct an inquest into the matter.

CASE FILE NO. 2941, 2947 & 2948/01

Cause of Death: Smoke Inhalation

Manner of Death: Accident

Circumstances: On December 8, 2001 the Moose Lake RCMP were called to a house fire where Lorna Ballantyne and her 2 sons resided on the Mosakahiken First Nation. They arrived shortly after some members of the Moose Lake voluntary fire department. The house was totally enveloped in flames. Lorna Ballantyne and her two sons died of smoke inhalation.

Judicial Recommendations:

1. That a minimum standard of fire protection be set under The Municipal Act whereby each municipality have the minimum capability to fight fires in their community in such a manner that the safety of the community is protected from fires; and, that the Government of Manitoba provide sufficient resources in order that such a minimum standard can be met.
1. That no mutual aid/fee for service agreement be entered into by any Manitoba Municipal Corporation or First Nation community unless such a minimum standard can be complied with.

CASE FILE NO. 2005/96

Cause of Death: Severe Hypoxia

Manner of Death: Natural

Circumstances: Collin Dorber Squire was pronounced dead by intervening medical staff on the 8th day of September, 1996 – approximately 24 hours after he had been born. The cause of death, as disclosed in the Report of the Chief Medical Examiner, dated April 8, 1997, was severe hypoxia due to persistent pulmonary hypertension as a consequence of severe meconium aspiration syndrome.

Judicial Recommendations:

1. The Victoria General Hospital is the major birthing centre outside of the tertiary hospitals in Winnipeg, for the delivery and care of newborn infants. It would be practical and germane to place the well being of expectant mothers in the forefront of concern, with the addition of a 24-hour a day pediatrician on staff, which would add to the confidence, safety and mental wellbeing of each and every parent whose child is to be delivered in that facility.
2. The Victoria General Hospital is lacking a mechanical ventilator, which would seem to be a worthwhile and significant addition to their equipment availability when required.

3. It would be highly desirable for the Victoria General Hospital, on a regular basis, to review and refresh the information that it provides to expectant mothers regarding the availability of personnel and patient care within the hospital. The hospitals and the doctors, who practice therein, share a responsibility to inform and advise their patients regarding this care. The information needs to be updated and revised regularly, so that the patients have a clear, well informed and unequivocal review of the facilities and services and care available to them. The patient should also have an informed knowledge of what services are not available within the delivery service of that facility.
4. It was apparent that there was a general lack of understanding and information within the medical community with respect to the nitric oxide protocol being developed at the Health Sciences Centres and the eventual resulting use of it. The importance of continuing education and familiarizing obstetricians, pediatricians, anesthesiologists and neonatologist with the availability and progress being made with respect to these protocols was demonstrated as being of immediate concern.
5. A more collaborate working contact should be developed with obstetricians and pediatricians particularly from the aspect of the neonatal transport service, to keep everyone informed and current on the process of the transport service.

CASE FILE NO. 2550/01

Cause of Death: Blunt trauma to chest and abdomen

Manner of Death: Accident

Circumstances: Henry Dueck was a 61 year-old male who died on October 24th, 2001 at the Split Lake Nursing Station. He was killed in the course of his work on the construction site of a new motel in Split Lake, Manitoba. He was in the process of cutting an 18-foot steel pile at ground level, while a co-worker was pushing it in order to topple it over. When the pile fell, it struck the deceased in the midsection, resulting in his death.

Judicial Recommendations:

1. That the Workplace Safety and Health regulations review include a provision addressing pile-driving operation.
2. That Workplace Safety and Health Division develop a Safe Work bulletin on pile driver safety procedures.
3. That Hugh Munro Construction Ltd..develops hiring policies to ensure workers are trained and supervised in proper safety procedures for the work they are hired for.
4. That Ininew Project Management develop a comprehensive safety protocol and complete work on their safety manual.

CASE FILE NO. 0382/00

Cause of Death: Asphyxia due to hanging

Manner of Death: Suicide

Circumstances: Susan Redhead, a 15 year-old female, committed suicide in her home in Shamattawa on February 20th, 2000. She had been discharged from the care of the Awasis Agency of Northern Manitoba (Awasis) approximately six weeks prior to her death. Her stepfather also resided in the home. He had recently been released from custody after being convicted on charges of sexually abusing the deceased and her sister. The deceased was also known to be a high risk for suicide and had been receiving mental health services while in agency care.

Judicial Recommendations:

That Awasis Agency of Northern Manitoba (Awasis):

1. must review existing practices, policies and procedures.
2. Take immediate steps to develop a strategy with the Provincial Directorate to provide competency-based training for Awasis Agency's local child care workers in Shamattawa.The training must be culturally appropriate and attuned to local circumstances, and should include:

(a) personal health and wellness;
(b) suicide recognition and prevention;
(c) alcohol and solvent abuse treatment;
(d) recognizing and understanding problems related to FAS/FAE;
(e) crisis intervention management;
(f) a discussion of **The Child and Family Services Act**;
(g) the Regulations; and
(h) accepted social work practice.

3. Develop a long-term training scheme which regularly reviews and updates the skills and knowledge of the front line service providers.
4. Create a defined and understandable line of communication to the Agency for support and consultation.
5. Put job descriptions in writing so as to provide parameters that will both set out and, allow the worker to give a clear explanation of, the kind of help Awasis can give so that the client, as well as the worker, understands Awasis is not just there to do the client's bidding.
6. The job description should be included as part of the tripartite contract signed when the worker is hired so that Chief and Council, the Agency and the worker all know the role and responsibilities of the worker.
7. There should be regular reviews/evaluations of the worker, at the very least, on an annual basis but also on a more informal basis to discuss problems and give suggestions and receive feedback.
8. That, if a worker and a client cannot communicate, there should be a consideration of switching workers or finding someone to whom the client will speak as a go-between.
9. Look at establishing a "buddy system" for local workers.
10. There should be provision for regular review of each case with the Agency supervisor.
11. Each entry on the running log should be initialed or signed by the maker.
12. Each client contact should be documented on the file.
13. Quarterly summaries should give a snapshot of the situation and should identify progress or lack thereof and set goals.
14. When files are transferred to a new worker there should be a summary snapshot of the file prepared.
15. When files are closed, there should be a closing summary on the file identifying why the file is closed and the planning done which allows closure of the file.
16. Files should be kept in a secure location but be accessible when needed.

17. Supervisors must be trained to know how to supervise.
18. A Voluntary Placement Agreement (VPA) should never be used if a parent is unfit.
19. A VPA should never be used where a child is in need of protection.
20. A VPA should be reviewed and approved by the operations manager at the time it comes into being and when it is terminated.
21. A better way must be found of securing the VPA.
22. VPA's must not be allowed to expire before they are reviewed or renewed.
23. Prior to a child being released from the Agency, a home safety assessment must be made.
24. A discharge safety plan reviewed by the operations manager before the release of a child from Agency care should be in place and documented.
25. There should be a regular review of the Child Welfare Mandate with the workers.
26. It is recommended that the Agency consider having a native elder at the Agency for staff to talk to.
27. There should be regular lines of communication with the Chief and Council.
28. It is of critical importance that adequate funding for professional training and development be built into the funding provided to a child care agency.
29. There should not only be funding provided to the Agency for training itself, but there should be provision to access provincial programs which have the expertise and are already in place to provide the kind of training required.
30. There must be a rationalization of the method of funding to the Agency in order to allow for services to families and prevention programs.
31. When an Awasis child welfare ward returns to a First Nation, the R.C.M.P., the nursing station and mental health worker should be advised by the Child Welfare Agency.
32. Hiring standards – The Child and Family Services Directorate should institute minimum practice requirements for all Child Welfare workers through regulation or policy.
33. Awasis child care workers should be equipped with telephones so that they can be located when the R.C.M.P. or nursing station need to get in touch with them when they have a problem with a child.
34. The appropriate federal, provincial, First Nations representatives and Awasis Agency should combine their resources to study the issue of funding a receiving/group home in Shamattawa.

35. Each First Nation should have access to a family counsellor or family therapist, specifically to work exclusively with families since families are the building blocks of society.
36. The Child and Family Services Directorate should institute minimum practice requirements for all child welfare workers through regulation or policy.
37. The Provincial Placement Desk should circulate to all agencies an annual report of the kind of programs and services with which they have been dealing so both line workers and clients will be better informed about available services.
38. Those responsible for running Awasis should read transcripts of the evidence taken at this Inquest. They will then have a real understanding of the workers' perceptions of the roles, responsibilities and administrative requirements, not to mention the problems and frustrations of the job.

MANITOBA JUSTICE

Prosecutions

1. When a person is about to be sentenced, the Crown should review the recognizance and advise the court of any condition clauses.
2. The Crown has a policy directive which had an initial date of February 19th, 1999. That directive was to have Crown counsel make all reasonable efforts to have a victim impact statement made for the court. This policy should be reviewed, in particular with respect to the method of implementing the policy in remote communities where there appear to be logistical and manpower problems in obtaining them for court purposes.
3. Logistics and manpower may be a problem but if the victim is there, their view should be put forward by the Crown (if the victim cannot by reason of language or youth).
4. The Crown should attempt to identify a local person who can translate where the complainant is more comfortable in speaking in their own language to make sure their voice is heard.
5. The Crown should consider a policy of routinely asking for a "no contact or communication order" to protect victims of sexual assault, especially where there are young children involved, no matter where the accused and complainant currently live – ours is a mobile society.
6. The issue of use of a screen for child witnesses should be revisited immediately.
7. When child witnesses are being interviewed an adult should be present for their support.

8. A child victim support program should be developed and implemented in remote communities with particular attention to language and cultural difficulties as well as the limitations of court facilities in remote communities.
9. Crown attorneys should request "no contact" orders in all cases where an accused who has been convicted of a sexual assault has, as part of their sentence, a period of probation unless there are special circumstances which make such an order unnecessary or would create a hardship for the victim. Those circumstances, where they exist, should be on the record.
10. When a sexual offender is to be released from custody, Corrections should advise of the pending release of the offender and where he plans to live to the Child and Family Services in the jurisdiction of the place where the offender intends to live and/or his home community if that is the same place, and where the victim resides.
11. Written notification to the police force where the charge originated should be sent to that police force immediately upon conviction.
12. The police force in the community to which the sexual offender is to be released should be notified of his intention to live in that community prior to his being released.
13. The Crown must advise the victim or the guardian, or both if it is age appropriate for the victim, immediately of a disposition and the reason for it.
14. The Department of Justice should fund more staff for the Crown office in Thompson.

PROBATION SERVICES

1. It is absolutely vital for Probation Services to receive from the Correctional Institution the correct address to which a person is going upon release from custody.
2. Police departments of origin should be advised by Probation Services of any probation order in place for a sexual offender.
3. Record keeping. No police reports were received with respect to the circumstances of the offences. The probation officer should have requested them.
4. A primary risk assessment should be done on every file.
5. Corrections/Probation should review the instrument used to calculate low/medium/high risk sexual offenders.
6. Breaches of probation by sex offenders should be initiated immediately by Probation Services and prosecuted by the Department of Justice, that is, after the <u>first</u> breach.

7. When a file is closed or transferred, according to Policy 370, all handwritten notes are to be removed. However, it is my recommendation that no handwritten notes be destroyed unless there is a summary of contact on file which clearly identifies it as a summary of contact.
8. A full-time probation officer is needed in Shamattawa.

LOCAL MEDICAL SERVICES/NURSING STATION

1. Nurses and doctors who are hired to work in First Nations should be provided with specific workshops on suicide prevention and identification skills as part of the initial employment process.
2. Protocols or written policies should be established and reviewed on a regular basis with respect to solvent abuse, sexual abuse, suicide prevention and section 18 of **The Child and Family Services Act** (when a child is in need of protection).
3. Workshops in those areas should be conducted on a scheduled basis for both staff at the nursing station and the community.
4. Doctors and nurses at the nursing station should review on a regular basis their knowledge of what resources are in the community both for the purpose of knowing who to refer people to as well as being able to liaise with resources to provide information in terms of public health issues to the community.
5. There should be a binder maintained at the nursing station which contains the name of each community resource and a small "blurb" which describes the function and who the contact person is.
6. There should be more outreach to the community
7. Better notation should be made on the charts.
8. A method should be developed for follow-up information to the nursing station when patients are sent out.
9. There should be a written hospital protocol that a case summary on discharge should follow a child. If the child is not returning to the original living situation, the case summary on discharge should go to the alternate caregiver but also to the original referee.
10. The case summary should also follow the child to the nursing station in the community when the child returns home.
11. Any suicide ideation disclosed at the nursing station should result in a referral to Child Welfare.
12. Charts should be computerized.

13. There should be a form of some sort on the chart aside from the ongoing written details which simply could be checked off when a referral, for example, is made to NNADAP so that it doesn't have to be repeated through the notes every time but is easily accessible if staff wants to find out if a referral has ever been made.
14. There should be a clinical therapist in the community. It need not necessarily be the same person but the coverage should be fulltime.
15. It is recommended that the possibility of a video hookup be instituted such as the one described by Dr. Keith Hildahl (Volume 24). The in-person counseling could then be followed up with face-to-face counseling via video hookup between personal visits to the community.
16. In order to do some of what has been set out in the recommendations with respect to workshops, there is a need for four nurses in the community (Shamattawa): one to do public health; one to do the schools with emphasis on nutrition and parental teaching; and the other two to work on the floor at the nursing station.
17. It is recommended that there be three or four, preferably four, NNADAP workers in Shamattawa.
18. A liaison of one person from Awasis and one person from the nursing station should be set up so that when people are brought for treatment the nursing station knows who the guardian is.
19. On each medical file there should be an identification of the family members.
20. Doctors should get into the habit of generally asking what the individual situation is. It may provide some insight into the presenting problem as well as whether or not there is something under the surface that should be the result of a referral to an Agency for help.
21. Where a child is noted to have been sniffing or staff is aware that there has been some abuse or suspected abuse it should not just be noted on the file but referred to the appropriate agency.
22. A policy should be put in place for nursing staff to monitor those who do not show up for medical and/or counseling appointments with the therapist.
23. When a referral is made to a resource such as a clinical therapist, children under the age of 18 should not simply be told that the resource is there if they have a problem and need to talk to somebody. An appointment should be made for them and they should be actively encouraged to keep the appointment.
24. When a referral has been made there should be a "Bring Forward" (BF) system in place for staff at the nursing station to make a call to follow up to see whether or not the person has actually gone to the resource.

25. When the child is one who is involved with a child welfare agency, the clinical therapist or psychologist should report clinical findings and recommendations to the agency.
26. When patients are referred out of the community such as those who go for mental health issues (approximately 50 a year), part of the referral should contain a request for not only a report but also a note that the individual has been asked to contact the nursing station upon their return to set up after-care or follow-up as required.
27. In-service training should include familiarization with the function and the role of the child advocate's office.
28. When a complaint is made to the regional office with respect to a staff member at the nursing station, the regional office should provide a copy of that letter to the medical staff involved and ask for a response.
29. Where there is a complaint with respect to the staff at the nursing station, a mediation process should be put in place to resolve concerns.

NATIONAL NATIVE ALCOHOL AND DRUG ABUSE PROGRAM (NNADAP)

1. The federal government should review their treatment programs with a view to including treatment geared to alcohol abusers under age 12 and adult solvent abusers.
2. Consideration should be given to developing an outreach program at Whisky Jack Treatment Centre.
3. Competency-based training modules should be mandatory for NNADAP workers.

MENTAL HEALTH SERVICES

1. The First Nations and Inuit Health Branch and the Department of Health of the Province of Manitoba, must collaborate with the First Nations and all service providers in the community (in this case, Shamattawa) to develop a coordinated approach to ensure the community is provided with sufficient mental health services to meet the needs of the community.
2. Regular meetings should be scheduled, at a minimum once a year, among the First Nations and Inuit Health Branch, First Nations aad others who are providing funding or services to discuss who is doing what, how much, and where things are going in terms of what is being put into a community, and what is needed to ensure that programs are congruent to the needs of the community.
3. In order to achieve a coordinated approach, jurisdictional differences need to be parked at the door.

4. The participants must be those who are in a position to actually make decisions.
5. There is a need for networking and coalition building.
6. First Nations and Inuit Health Branch should review the organizational structure of the Department.
7. Any programming must be of a long-term nature.
8. End stage treatment is expensive. Emphasis from all levels of government should include proaction and prevention.
9. The whole issue of reopening the Shamattawa Healing Centre and providing the appropriate funding to ensure that the centre is able to deliver on an ongoing basis, addictions treatment and after-care, emergency shelter for children and programming aimed at strengthening the family unit, should be re-visited by those participants who apparently believed it was workable in the first place.
10. Community development must be a priority. But any programming must start where the community is at.
11. An itinerant psychiatric program should be instituted in consultation with First Nation communities to provide psychiatric services on-site in First Nations communities.
12. Psychiatric nurses should be recruited and placed in every nursing station in remote communities.
13. The Manitoba Adolescent Treatment Centre (MATC) should be approached to develop a training program for those who work with child and adolescent mental health issues in First Nations.
14. First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) should do an evaluation of the BFI/BHC programs.
15. The terms of reference of the programs, developed at a national level, are very generic and need to be translated into language that help identify pragmatic parameters that give the workers a better idea of the framework within which they are expected to work.
16. Recognition and support should be given to traditional healing methods.
17. Support should be given to encourage and maintain elder and family camping programs.
18. Regional managers should be in a position to work with, but not interfere with, the leadership of First Nations communities such as Shamattawa.
19. Manitoba Health and the Regional Health Authorities should collaborate to study the feasibility of a crisis stabilization unit in Thompson and The Pas, which should include a mobile crisis intervention team which can go into a community on short notice.

20. The MacDonald Youth Services Crisis Stabilization Unit should be advertised throughout the province on an annual basis in the mental health community.

21. The "Kids Help Phone" should be advertised and posted in schools, community centres, nursing stations and R.C.M.P. detachments. This is a Canadian toll free 24 hours national bilingual telephone conselling service for children and youth. (telephone number: 1-800-668-6868)

22. In the same places as listed in the previous paragraph, the youth suicide prevention website should be posted (www.youthsuicide.ca).

CASE FILE NO. 1849/01

Cause of Death: Extensive burns due to arson

Manner of Death: Undetermined

Circumstances: Isobel Lathan, age 76 years, died on July 29, 2001 as a result of extensive burns she sustained during a fire at St. Christopher's House, the residential care home in which she lived on the third floor, in the Town of Laurier, in the Province of Manitoba.

Judicial Recommendations:

1. That the applicable provincial and federal legislation and codes be revisited and studied with a view to making older residential care facilities and other older residential buildings safer by requiring the installation of sprinkler systems therein which would serve to reduce the likelihood of deaths in circumstances similar to those that resulted in the death of Isobel Lathan where a fire might be deliberately set as well as in circumstances where fires might be set through negligence or accident.

2. That residential care and similar facilities continue to follow an emergency evacuation plan and procedure approved by their respective local fire departments, with regular fire and other emergency evacuation drills, that the importance of same be emphasized to all residents, staff and other occupants and that all participate in such drills and procedures.

3. Counsel for the Parkland Regional Health Authority in her submission to this Inquest submits that: The R.H.A. submits, based on all of the foregoing, that there

were adequate mental health services available to deal with Currie on the night in question. Unfortunately, due to a serious lack of communication, those services were not effectively utilized. In this regard, referring to the R.C.M.P. Division Policy (Exhibit 5) in these proceedings and the evidence of Staff Sergeant Gary James White, it would seem that the existing programs, policies and practices of the R.C.M.P. are adequate and no change is necessary, but that the importance of their observance and timely communication be stressed, particularly of all relevant facts including strange behaviour, recognizing the difficult time restraints officers are working under and the fact that a subject may not be under arrest or even a suspect.

REPORTED DEATHS OF CHILDREN – IN – CARE*

Year	Male	Female	Total
1995**	27	21	48
1996	33	20	53
1997	38	31	69
1998	29	25	54
1999	43	26	69
2000	23	30	53
2001	35	18	53
2002***	23	22	45
2003***	26	17	43
2004***	20	23	43
Total	**297**	**233**	**530**

* A 'Child in Care' is defined in s.10 (1) (a) & (b) of the Fatality Inquiries Act. It does **NOT** refer solely to children in foster or alternative care placements.

** Stillbirths were reported in 1994 and 1995. As of May 1995, pursuant to a decision of the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.

***Section 10(1) was amended to require reports only where the deceased child, parent or guardian had received services from a mandated child and family services agency in the year prior to the death.

Section 10(1) of *The Fatality Inquiries Act* states:
If the chief medical examiner receives an inquiry report about a deceased child who, at the time of death or within the one year period before the death,

a. was in the care of an agency as defined in *The Child and Family Services Act*; or
b. had a parent or guardian who was in receipt of services from an agency under *TheChild and Family Services Act*;

The chief medical examiner shall assess the quality or standard of care and service provided by the agency by;

c. examining the records of the agency respecting the child and the parent or guardian; and
d. reviewing the actions taken by the agency in relation to the child and the parent or guardian.

In accordance with subsection 10(5), the Chief Medical Examiner (CME) may include in the annual report, a summary of the recommendations contained in the reports prepared under subsection 10(3) in the previous year. This summary is provided without disclosing the name of an individual or agency or any information that might identify a child or the parent or guardian of a child.

In addition to the 44 reports (concerning 45 children) in which the CME made 108 recommendations concerning the services provided, reviews of the services provided to a further 26 children (encompassing 26 reports) were conducted. The Chief Medical Examiner made no recommendations in these 26 reports with respect to the services provided by the Agencies[1] concerned.

The following recommendations from 44 reports have been combined into categories.

	No.	Totals
Office of the CME		
(These recommendations deal with services to the Office of the Chief Medical Examiner.)		
That the Child Protection and Support Branch, an Authority and/or an Agency ensure that information is provided to the OCME as requested.	3	
That an Agency contact the OCME for information on the deaths of children.	1	
That the Child Protection Branch review how Agencies respond to requests from the OCME with a view to more efficient management of resources.	1	
		5
Agency Case Management		
(These recommendations refer to an Agency or Branch's services in general.)		
That an Agency ensure its service records are complete and maintained either in a central location or a location accessible by sub-offices of the agency.	1	
That an Agency ensure recordings are complete and files maintained in accordance with provincial standards.	5	
That an Agency complete special needs assessments for children moving to urban areas to receive special services and make appropriate referrals.	1	
That an Agency meet provincial standards in monitoring, assessing and evaluating the outcomes of the service it provides to families.	1	

[1] Winnipeg Child and Family Services Agency is now known as the Winnipeg Child and Family Services Branch of Winnipeg, Rural and Northern Child and Family Services, Manitoba Family Services and Housing. For the purposes of this report, it and the province's child welfare offices are referred to as "agencies" in company with the other mandated agencies in the Province.

That an Agency ensure changes made to improve the functioning of one of its sub-offices are maintained. 1

That an Agency respond to referrals concerning children who are engaging in self-harming behaviours. 1

That an Agency review with its staff what defines neglect with respect to child welfare services in Manitoba and what constitutes a child in need of protection. 2

That an Agency act on referrals in accordance with *The Child and Family Services Act*, including those involving custody disputes. 2

That an Agency ensure open cases have service plans based upon family assessments. 1

That an Agency supply a comprehensive family history when requesting assistance from another Agency. 1

That an Agency ensure the activities recorded in agency case plans are reflected in the file record and that outcomes are considered in future planning. 1

That an Agency thoroughly investigate reports of infants born in substance withdrawal, including assessments of risk. 1

That an Agency, in conjunction with the appropriate Authority, ensure that criminal risk assessments are conducted in accordance with established protocols and the results integrated into case planning. 1

That an Agency ensure sufficient data is entered into the Child and Family Services Information System (CFSIS) to permit accurate identification of persons in cases. 1

That an Agency ensure family and child assessments are completed in accordance with provincial standards for such assessments. 1

That an Agency ensure standardized risk assessments are a component of abuse investigations. 1

22

Agency Staffing Issues

That an Agency follow provincial standards with respect to hiring family members as support workers. 1

That an Agency review with its staff the identification of neglect and its effect on outcomes for children. 1

2

Agency Actions in Abuse and Neglect Cases

(These recommendations refer to specific cases or to practice in general.)

That the origin of unexplained fractures is investigated and the Agency's child abuse committee consulted regarding safety planning for surviving siblings. 1

That an Agency obtain an expert parent-child assessment of a family.	1	
That an Agency ensure casework respects protection orders and makes appropriate notifications when it is aware orders have been violated.	1	
That an Agency assesses the functioning of parents.	1	
That an Agency consider joint management of a difficult case by experienced workers.	1	
That an Agency comply with provincial standards when investigating child abuse in foster homes.	1	
That an Agency ensure reports of violence by parents toward their children are addressed in accordance with provincial requirements and that a particular allegation is investigated.	1	
That an Agency ensure assessments are completed in cases of child neglect.	2	
That an Agency assess a particular family regarding the situation of a surviving sibling.	1	
That an Agency's Child Abuse Committee review the outcome of a child abuse investigation and consider placement of an individual on the Child Abuse Registry.	7	
That an Agency make a permanent plan for surviving siblings to ensure their well-being and safety.	1	
That a provincial regional office ensure service is provided to a family in which there has been physical abuse and neglect of the children.	1	
That an Agency ensure CFSIS is updated concerning the children's status.	1	**20**

Agency Actions in Specific Cases

(These recommendations refer to actions with respect to particular families or children.)

That an Agency ensure a particular assessment is placed on a file.	1	
That an Agency complete an investigation of allegations in a timely fashion.	1	
That an Agency ensure an expert parent-child assessment is obtained for a particular family.	3	
That an Agency make a referral to another Agency concerning a specific child.	1	
That an Agency update CFSIS to reflect changes in a family's structure.	1	
That an Agency reconsider a decision not to provide services to children in a particular family.	1	
That an Agency refer a particular family to the Office of the Children's Advocate.	3	
That an Agency re-assess a family to determine its strengths and weaknesses.	1	

That two Agencies, in conjunction with the appropriate two Authorities, ensure a parenting assessment is completed before subsequent children are placed in the care of the mother or her family. 1

That an Agency ensure, should an individual become a parent again, supervision and guidance is provided by a responsible adult, and not by a relative with a significant history of child abuse and neglect. 1

That an Agency ensure a child is assessed at a specialist clinic, a parent-child assessment is completed and the case plan reflects the findings. 1

That an Agency provide necessary therapy resources for children. 1

16

Children in Care

(These recommendations are specific to Agency service to children in foster care.)

That an Agency complete thorough assessments on children brought into care. 1

That provincial standards are met for children placed in Places of Safety. 3

That an Agency ensure only persons legally entitled to do so sign Voluntary Placement Agreements. 1

That an Agency ensure voluntary placements are used as directed in *The Child and Family Services Act*. 2

That an Agency ensure before discharging children from care that the original reasons for placement are reviewed and safety and risk assessments done to ensure the reasons for placement have been addressed. 2

That an Agency follow provincial standards for assessing the functioning of its Permanent Wards to ensure that case plans meet children's needs. 1

That an Agency ensure children in care receive preplacement visits for all but emergency placement changes, as required in provincial standards, and that the Province include this standard in the new program standards. 1

That an Agency access emergency mental health services for any child in care threatening suicide, ensuring that the responsibility for such assessments does not fall solely upon caseworkers. 1

That an Agency adhere to *The Child and Family Services Act* and the provincial foster home licensing regulations when considering extended family placements and that the wishes of children over the age of 12 years are taken into consideration. 1

13

Provincial and Authority Actions

That an Authority actively support an Agency in providing counseling concerning prenatal substance abuse in a particular case. 1

That the provincial Child Protection Branch undertake follow-up concerning a surviving child and a referral for necessary medical services. 1

That a provincial region ensure Program Standards for family assessments are met when opening or transferring cases. 1

That the Child Protection Branch ensure a particular protection file is opened. 1

That the Child Protection Branch refer children to the Office of the Children's Advocate for services. 3

That the Child Protection Branch ensure parents signing agreements for voluntary placements receive remedial services where required. 1

That the Child Protection Branch ensure placements by private arrangement, when an Agency is involved in the process, adhere to the requirements for Place of Safety placements and that a particular Agency document its involvement in arranging such placements. 1

That an Authority and an Agency review a reunification plan for a particular family with a lengthy history of violence and neglect. 1

That the Child Protection Branch and all Authorities ensure entries into CFSIS are matched with corresponding entries into another part of the system to avoid critical information being overlooked inadvertently. 1

That the Child Protection Branch ensure a family receives service to address a history of violence and addiction. 1

12

Expectant and Minor Parents

(These recommendations deal with services to children who are parents.)

That a child care plan is implemented if adolescent parents have another child. 1

1

Inter-Agency/Branch Actions

That an Agency make referrals directly to another Agency rather than relying on collateral services to do so and request feedback on the outcomes. 1

That two Agencies meet to decide upon the disposition of an inactive foster home given a history of issues involving former foster children. 1

2

Agency/Branch Contacts and Actions Regarding Collateral Services

(These recommendations refer to interactions with other service providers.)

That an Agency ensure foster families managed by private organizations receive training concerning behaviour management and restraint to ensure compliance with provincial standards and regulations and that such compliance is monitored. 1

That an Agency ensure foster families managed by private organizations comply with provincial standards and regulations concerning alternate care providers and that such foster homes receive appropriate support services.	1
That an Agency contract with a service provider to require regular and written reports when particular services are provided and that, should employees of a service provider refuse to comply, management of that organization is notified.	1
That an Agency sign a service contract when purchasing counseling or therapy services for families and require that reports are received regularly.	2
That an Agency, with the support of the appropriate Authority, approach a community service provider to improve notification as required under *The Child and Family Services Act*.	1
That an Agency plan with a community service provider to assist new immigrants in taking advantage of CFS services available to them.	1
	7

Province-Wide Actions Concerning Services

(These recommendations suggest province-wide changes to the child welfare system.)

That a Program Standard be developed to require that children in foster care are visited regularly and observed in their foster homes to assess the quality of care provided.	1
That the Child Protection Branch develop a regular audit process for foster homes managed by non-mandated organizations.	1
That the Child Protection Branch develop a standard concerning the supervision of children in foster care by alternate care providers.	1
That the Minister relieve Child and Family Services of the responsibility for monitoring placements at a particular facility unless there are other reasons for child welfare involvement with the families in question.	2
That the Child Protection Branch and the Authorities develop a comprehensive provincial risk assessment standard.	1
	6

Inter Provincial Recommendations

That an Authority, in conjunction with the Child Protection Branch, develop a plan with another province for a family receiving service from agencies in both provinces.	1
That an Agency make a referral to the appropriate agency when a family receiving service moves to another province.	1
	2
Total	**108**

For more information or additional copies of this report,
please contact:

Office of the Chief Medical Examiner
210-1 Wesley Avenue
Winnipeg MB R3C 4C6

Tel: 204-945-2088
Fax: 204-945-2442

Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2004

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Justice Manitoba
Manitoba Justice

Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2004

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Table des matières

Historique des fonctions de médecin légiste	1
Introduction	5
Statistiques sur l'ensemble des cas – 2004	7
Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations	9
Homicides	9
Suicides	10
Morts accidentelles	12
Morts dont la nature est inconnue	14
Morts naturelles	15
Résumé des morts de résidents en foyers de soins personnels	16
Résumé des morts d'enfants	16
Syndrome de mort subite du nourrisson	17
Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie	18
Enquêtes	21
Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 2004	21
Cas rapportés de décès d'enfants pris en charge	47
Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille en 2004	48

Table des matières

Historique des fonctions de médecin légiste	1
Introduction	5
Statistiques sur l'ensemble des cas – 2004	7
Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations	9
Homicides	9
Suicides	10
Morts accidentelles	12
Morts dont la nature est inconnue	14
Morts naturelles	15
Résumé des morts de résidents en foyers de soins personnels	16
Résumé des morts d'enfants	16
Syndrome de mort subite du nourrisson	17
Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie	18
Enquêtes	21
Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 2004	21
Cas rapportés de décès d'enfants pris en charge	47
Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille en 2004	48

Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la fonction de médecin légiste, bien que récente, est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

Introduction

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes, de même que sur les décès inattendus, inexpliqués ou attribuables à l'absence de soins médicaux, et d'attester de ces morts. Certains décès dans les hôpitaux et établissements font aussi l'objet d'enquêtes lorsque des particuliers qui y ont séjourné sont morts dans les 24 heures suivant leur admission, dans les 10 jours suivant une chirurgie ou lorsqu'ils étaient sous anesthésie ou s'en remettaient. Les enquêtes portent aussi sur les décès de patients involontaires ou de résidents d'un foyer de soins personnels. Conformément à la législation, le médecin légiste en chef examine aussi les services fournis aux enfants décédés et (ou) à leurs parents ou tuteurs par les Offices des services à l'enfant et à la famille (SEF).

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,15 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg, qui compte 14 employés permanents : un directeur, six enquêteurs auprès du médecin légiste, deux enquêteurs spéciaux chargés d'examiner les SEF, un statisticien et quatre employés de soutien. On a recours aux services de 32 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des entrepreneurs de pompes funèbres et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la Ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes qui travaillent à temps partiel offrent leurs services par roulement.

Dans les régions rurales du Manitoba, ainsi que dans d'autres villes comme Brandon et Thompson, les médecins légistes travaillant à temps partiel et offrent leurs services sur demande jour et nuit.

Les testes de dépistage de consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le service de biochimie de l'Hôpital général de Saint-Boniface. Pour les affaires criminelles, les testes sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources offertes tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 2004, 5 977 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef, ce qui représente 60 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Les rapports produits par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquaient la cause ou la nature du décès, l'identité et l'âge du défunt, ainsi que les circonstances du décès. Dans bien des cas, la Gendarmerie royale du Canada et le service de police local ont aidé les médecins légistes à progresser dans leurs enquêtes.

Le Bureau du médecin légiste en chef est aussi chargé d'enquêter sur tous les décès d'enfants et de repérer les situations présentant un risque. Par conséquent, si un enfant pris en charge meurt, le Bureau procède non seulement à une enquête telle que requise par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, mais examine aussi les mesures prises par les offices des SEF qui ont fourni des services à l'enfant ainsi qu'à ses parents ou tuteurs. Cet examen fait aussi l'objet d'un rapport confidentiel remis au ministre des Services à la famille et du Logement.

Le Bureau du médecin légiste en chef participe aux programmes de don des yeux, de tissus et d'organes. Cette participation a permis de faire régulièrement des dons à la banque des yeux et au programme de greffe du club Lions.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par le Bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi les médecins légistes de la province qui ont fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

STATISTIQUES SUR L'ENSEMBLE DES CAS – 2004

Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes	**1 619**
Cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes	**4 358**
Total	**5 977**

RÉSUMÉ DE L'ENSEMBLE DES CAS DE 1990 À 2004

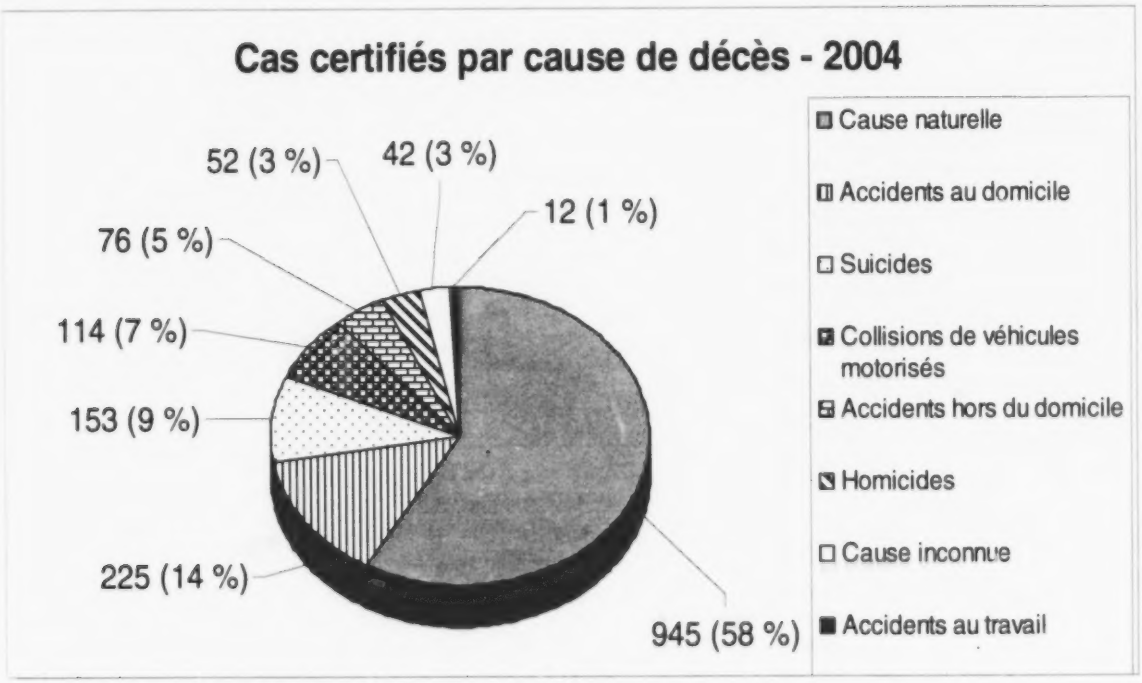
ANNÉE	TOTAL
1990	2 633
1991	2 713
1992	2 741
1993	2 850
1994	3 150
1995	3 188
1996	3 031
1997	3 197
1998	3 178
1999	5 567
2000	5 590
2001	5 804
2002	5 935
2003	5 963
2004	5 977

Nota – Depuis le rapport annuel de 1999, le nombre total de cas répertoriés dans le résumé de l'ensemble des cas comprend tous les cas ayant été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef. Dans les rapports annuels antérieurs à 1999, les totaux incluaient seulement les cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes et les cas examinés par les enquêteurs du médecin légiste. Ces totaux n'incluent pas certains cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes, notamment les décès survenus dans les foyers de soins personnels, parce qu'une attestation de décès par des médecins légistes n'était alors pas requise. Par conséquent, depuis 1999, le nombre total de cas donne un aperçu beaucoup plus juste de l'ensemble des cas traités annuellement par le Bureau du médecin légiste en chef.

RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

NATURE DU DÉCÈS	RÉGION URBAINE	RÉGION RURALE	TOTAL
Cause naturelle	3 737	1 566	5 303
Accidents au domicile	164	61	225
Accidents de la route	46	68	114
Accidents hors du domicile	34	42	76
Accidents au travail	2	10	12
Suicides	93	60	153
Homicides	41	11	52
Cause inconnue	30	12	42
TOTAL	**4 147**	**1 830**	**5 977**

Nota – Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pourraient être considérées comme des « régions urbaines ».



CATÉGORIES DE DÉCÈS AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES ET D'ATTESTATIONS

HOMICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	30	11	41
Région rurale	8	3	11
Total	**38**	**14**	**52**

HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE

	Âge							
Méthode	**0-9**	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60 et +**	**Total**
Arme à feu	0	3	5	4	1	0	0	13
Arme contondante, violence	0	1	2	2	2	3	4	14
Arme tranchante, coupure	0	1	3	3	4	1	2	14
Enfant battu (syndrome du nourrisson secoué)	3	0	0	0	0	0	0	3
Autre	0	1	0	4	2	0	1	8
Total	**3**	**6**	**10**	**13**	**9**	**4**	**7**	**52**

SUICIDES

District	Homme	Femme	Total
Région urbaine	63	30	93
Région rurale	46	14	60
Total	**109**	**44**	**153**

SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

	Âge								
Sexe	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70-79**	**> 80**	**Total**
Homme	16	16	17	21	22	7	9	1	109
Femme	9	8	10	7	7	1	2	0	44
Total	**25**	**24**	**27**	**28**	**29**	**8**	**11**	**1**	**153**
Taux par 100 000 hab.	**14,73**	**15,54**	**17,12**	**15,26**	**19,94**	**8,80**	**15,74**	**2,09**	**13,08**

Nota – Le « taux par 100 000 habitants » est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en juin 2004 (source : Rapport sur la population du Manitoba; Santé Manitoba).

MÉTHODE DE SUICIDE

Méthode	Homme	Femme	Total	Pourcentage du total
Pendaison/strangulation	47	18	65	42,5 %
Surdose de drogue	21	15	36	23,5 %
Armes à feu	20	0	20	13,1 %
Oxyde de carbone	7	1	8	5,2 %
Saut dans le vide	3	4	7	4,6 %
Noyade	4	2	6	3,9 %
Autre	7	4	11	7,2 %
Total	**109**	**44**	**153**	**100 %**

SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

Mois du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
Janvier	3	0	3
Février	4	8	12
Mars	7	6	13
Avril	5	8	13
Mai	10	5	15
Juin	8	4	12
Juillet	14	4	18
Août	8	13	21
Septembre	7	1	8
Octobre	6	8	14
Novembre	12	2	14
Décembre	9	1	10
Total	93	60	153

DÉCÈS ACCIDENTELS

Accidents non routiers

Lieu de travail	Région urbaine	Région rurale	Total des décès
Secteur de la construction	1	0	1
Secteur agricole	0	5	5
Secteur de la foresterie	0	1	1
Secteur manufacturier	1	1	2
Secteur de la pêche	0	2	2
Autre	0	1	1
Total	**2**	**10**	**12**
Au domicile			
Chute	96	25	121
Surdose (drogue ou alcool)	49	16	65
Asphyxie	7	6	13
Inhalation de fumée	3	8	11
Noyade	6	1	7
Crise de restaurantose	0	2	2
Auto-érotisme	0	2	2
Brûlure/ébouillantage	1	0	1
Électrocution	1	0	1
Autre	1	1	2
Total	**164**	**61**	**225**
Ailleurs			
Chute	15	5	20
Noyade	2	17	19
Exposition	2	10	12
Chute d'objets	2	2	4
Avion	1	1	2
Inhalation de fumée	0	1	1
Reliés à la drogue ou à l'alcool	0	1	1
Mésaventure diagnostique	1	0	1
Mésaventure thérapeutique	1	0	1
Chasse	0	1	1
Autre	10	4	14
Total	**34**	**42**	**76**

Total, accidents non routiers	**200**	**113**	**313**

Accidents de la route	Région urbaine	Région rurale	Total des décès
Un seul véhicule	10	35	45
Deux véhicules	18	15	33
Véhicule et piéton	7	10	17
Véhicule et cycliste	3	0	3
Véhicule et motocyclette	2	1	3
Véhicule et objet fixe	2	1	3
Train et piéton	0	2	2
Véhicule tout terrain	1	1	2
Véhicule et train	1	1	2
Motoneige	0	1	1
Mini vélo, moto hors route	0	1	1
Plusieurs véhicules	1	0	1
Motocyclette	1	0	1
Total	**46**	**68**	**114**
Total, accidents non routiers	**200**	**113**	**313**
Total, accidents de la route	**46**	**68**	**114**
Total, morts accidentelles	**246**	**181**	**427**

MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE

Cause du décès	Homme	Femme	Total
Aucune cause physique connue	6	4	10
Surdose (drogue ou alcool)	7	1	8
Mort subite du nourrisson inexpliquée	5	0	5
Blessures à la tête	2	1	3
Blessures multiples	2	0	2
Noyade	1	1	2
Blessure par balle	0	1	1
Hypothermie	0	1	1
Syndrome de mort subite du nourrisson	1	0	1
Crises épileptiques	1	0	1
Autre	5	3	8

Total	**30**	**12**	**42**

MORTS NATURELLES

Cas attestés de morts naturelles selon la cause

Cause du décès	Hommes	Femmes	Total
Maladie du cœur	362	163	525
Maladie pulmonaire	64	54	118
Hémorragie	69	44	113
Postopératoire	26	17	43
Cancer	16	5	21
Péritonite	4	9	13
Cirrhose	3	1	4
Cause non déterminée	3	1	4
Peropératoire	2	1	3
Méningite	2	0	2
Sida	2	0	2
Autre	53	44	97
Total	**606**	**339**	**945**

Cas attestés de morts naturelles selon l'âge

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins d'un an	5	7	12
De 1 à 9 ans	1	2	3
De 10 à 19 ans	5	2	7
De 20 à 29 ans	3	6	9
De 30 à 39 ans	23	13	36
De 40 à 49 ans	58	16	74
De 50 à 59 ans	114	31	145
De 60 à 69 ans	142	53	195
De 70 à 79 ans	143	86	229
De 80 à 89 ans	84	97	181
De 90 à 99 ans	28	25	53
Plus de 100 ans	0	1	1
Total	**606**	**339**	**945**

RÉSUMÉ DES MORTS DE RÉSIDENTS EN FOYERS DE SOINS PERSONNELS

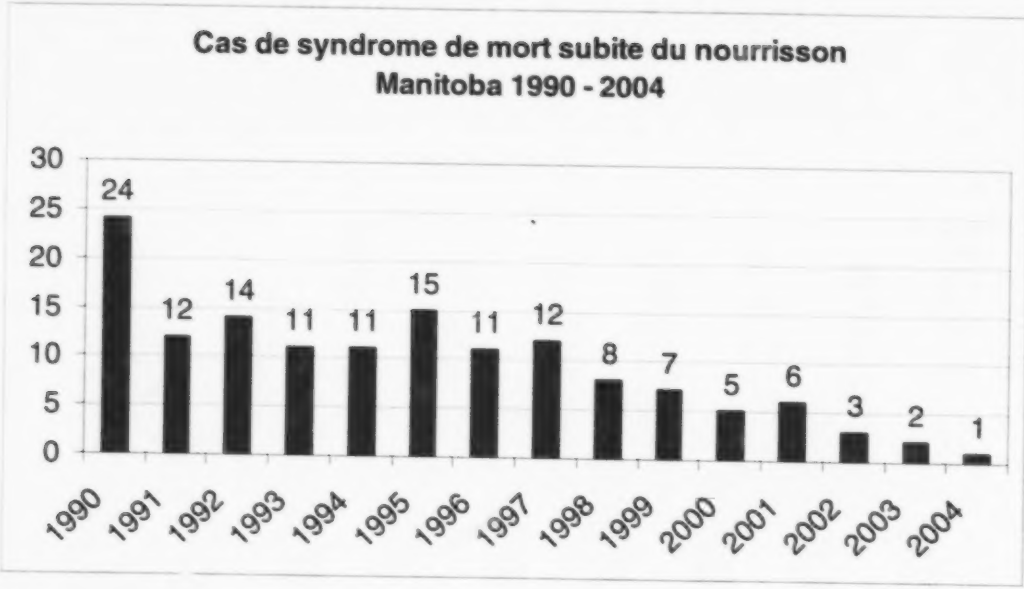
Nature du décès	Hommes	Femmes	Total
Causes naturelles*	36	37	73
Causes naturelles**	906	1710	2616
Accidents au foyer	21	41	62
Accidents hors du foyer	2	1	3
Accidents de la route	1	0	1
Suicides	1	0	1
Cause inconnue	2	1	3
Total	**969**	**1790**	**2759**

* attestés par un médecin légiste.
** examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.

RÉSUMÉ DES MORTS D'ENFANTS (De 0 à 17 ans inclusivement)

Nature du décès	Garçons	Filles	Total
Causes naturelles*	10	10	20
Causes naturelles**	50	45	95
Accidents au domicile	6	4	10
Accidents hors du domicile	6	2	8
Accidents de la route	5	6	11
Suicides	11	7	18
Accidents industriels	0	1	1
Homicides	2	3	5
Cause inconnue	11	1	12
Total	**101**	**79**	**180**

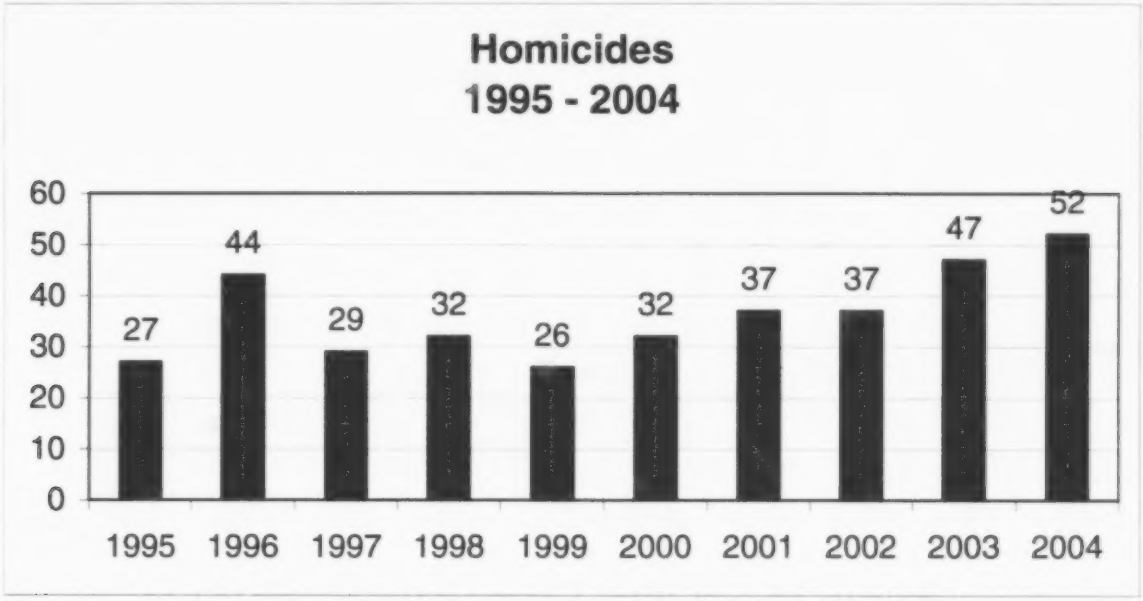
Nota – 1 cas de syndrome de mort subite du nourrisson est inclus dans la catégorie causes inconnues.
* attestés par un médecin légiste.
** examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.

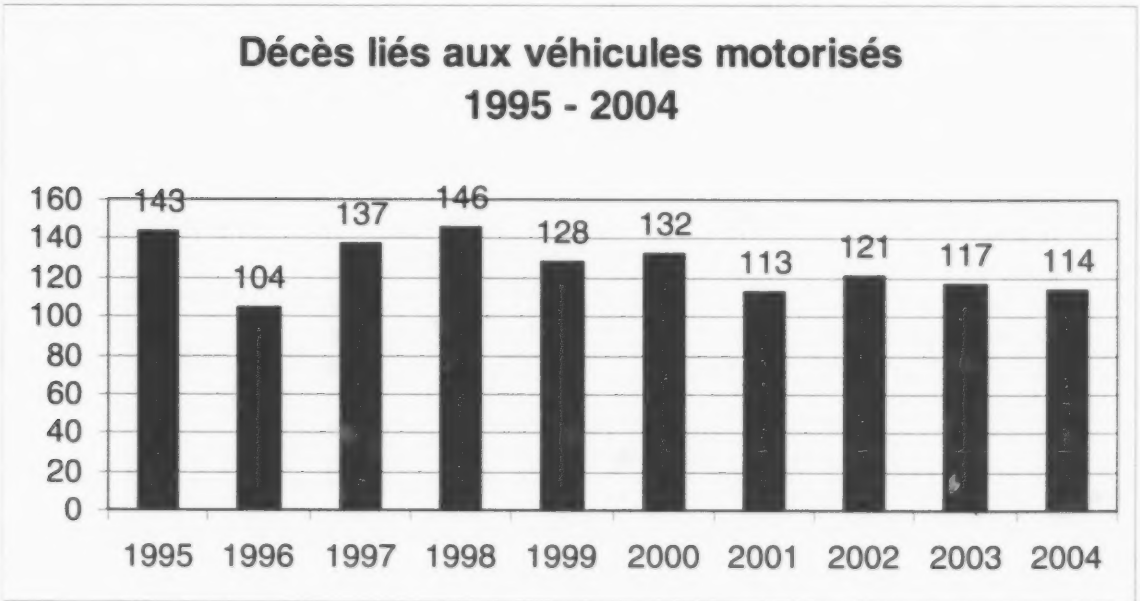


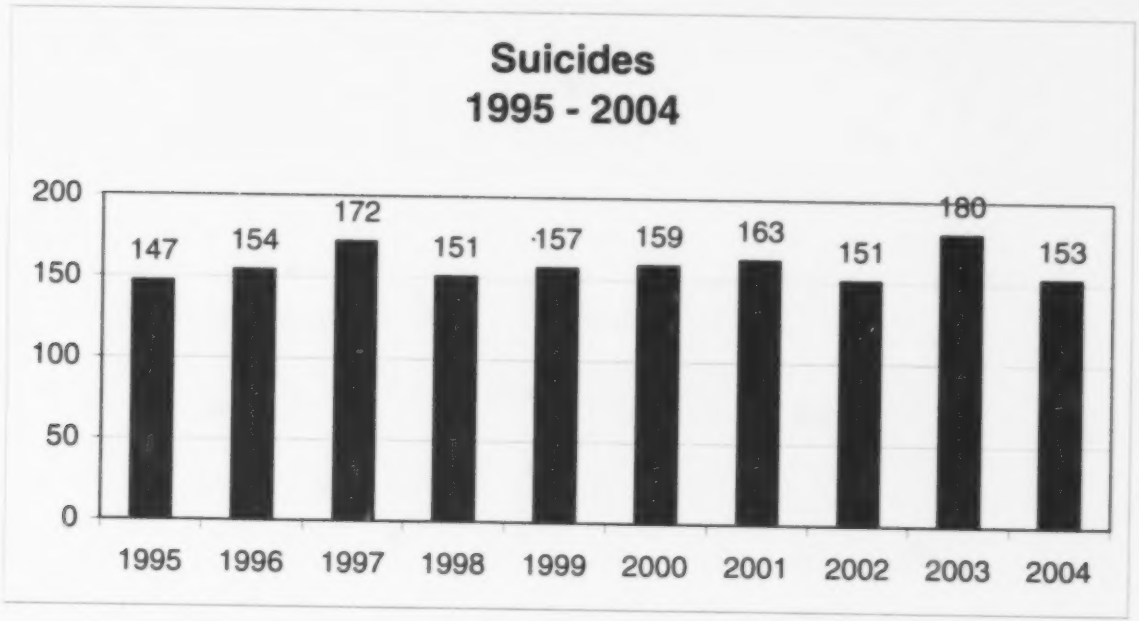
SYNDROME DE MORT SUBITE DU NOURRISSON AU MANITOBA EN 2004

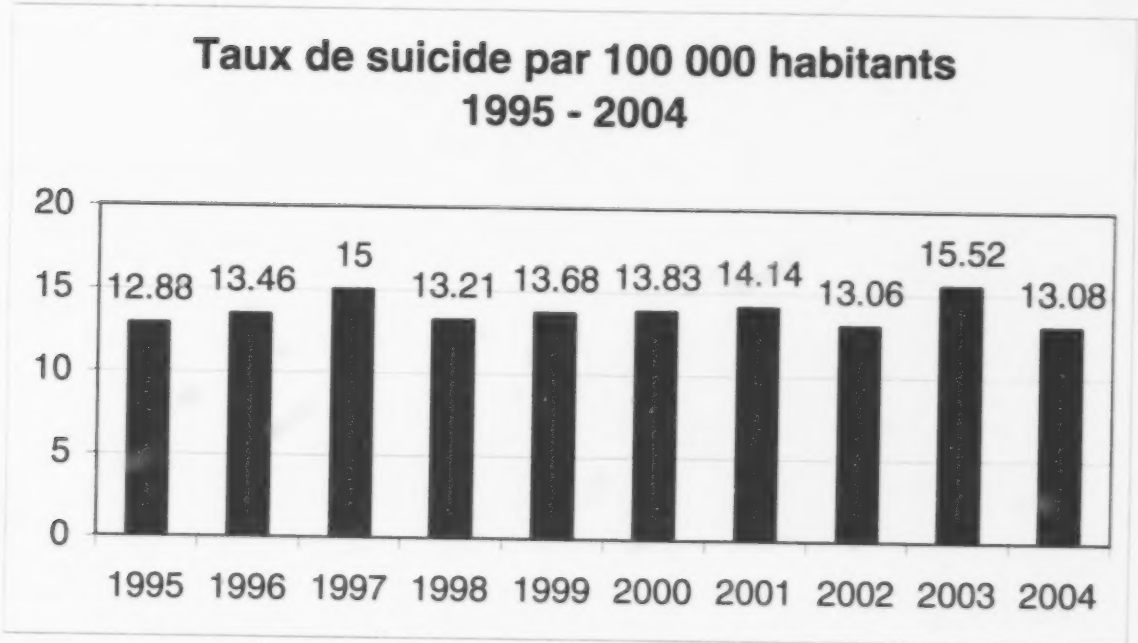
Groupe d'âge	0 à 4 mois	5 à 8 mois	9 à 12 mois	Total
Janvier	0	0	0	0
Février	1	0	0	1
Mars	0	0	0	0
Avril	0	0	0	0
Mai	0	0	0	0
Juin	0	0	0	0
Juillet	0	0	0	0
Août	0	0	0	0
Septembre	0	0	0	0
Octobre	0	0	0	0
Novembre	0	0	0	0
Décembre	0	0	0	0
Total	1	0	0	1

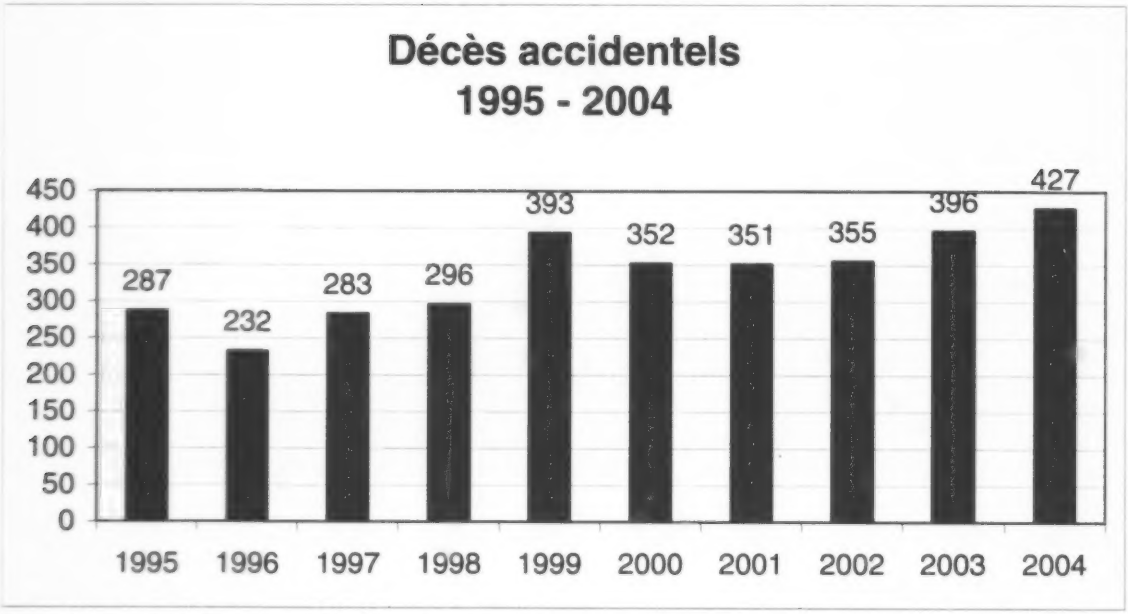
NOMBRE DE MORTS AU MANITOBA
EXAMEN DE LA DÉCENNIE



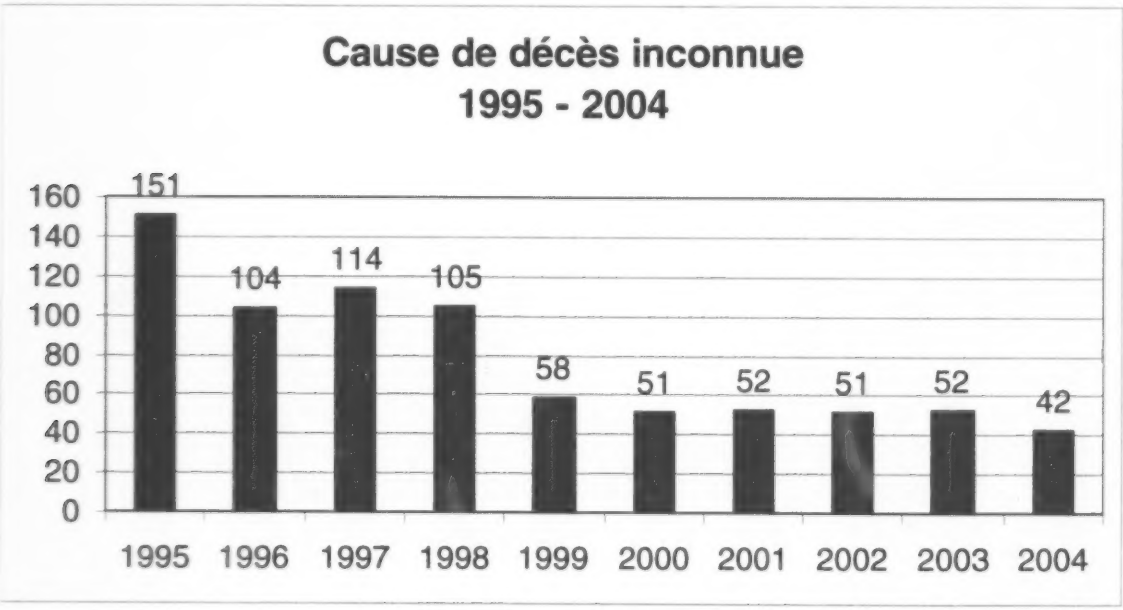



Suicides
1995 - 2004
200
150
100
50
0
147
154
172
151
157
159
163
151
180
153
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004


Taux de suicide par 100 000 habitants
1995 - 2004
20
15
10
5
0
12.88
13.46
15
13.21
13.68
13.83
14.14
13.06
15.52
13.08
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004



Nota – À partir de 1999, la hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite d'une chute, cette catégorie étant passée de mort naturelle à mort accidentelle.



ENQUÊTES

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Rapports d'enquête à venir le 31 décembre 2003	8
Cas ayant fait l'objet d'une enquête du 1er janvier au 31 décembre 2004	8
Rapports d'enquête soumis du 1er janvier au 31 décembre 2004	7
Rapports d'enquête à venir le 31 décembre 2004	9

CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Résumé des rapports d'enquête présentés
(du 1er janvier au 31 décembre 2004)

Travail	Accident	1
	Total	**1**
Médicale	Mort naturelle	1
	Total	**1**
Enfants pris en charge	Suicide	1
	Homicide	1
	Total	**2**
Vie en établissement	Suicide	1
	Cause inconnue	1
	Total	**2**
Autre	Accident	1
	Total	**1**

TOTAL DES RAPPORTS D'ENQUÊTE PRÉSENTÉS EN 2004 **7**

Résumé des recommandations des rapports d'enquête présentés en 2004

Les rapports d'enquêtes exhaustifs figurent maintenant sur le site Web du Gouvernement du Manitoba, **www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest_reports.html**

DOSSIER DE CAS N° 0404/01

Cause du décès : Asphyxie causée par la pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Le 11 février 2001, Clayton Scott, 25 ans, de Cross Lake, Manitoba, a été trouvé pendu dans une salle de bain du Selkirk Mental Health Centre à Selkirk, Manitoba. Au moment de son décès, il était patient involontaire en vertu de la ***Loi sur la santé mentale***. Son unité avait rapporté sa disparition le 9 février 2001.

Recommandations judiciaires :

Que le Selkirk Mental Health Centre :

1. Tente d'embaucher du personnel autochtone qualifié, capable de communiquer en langues autochtones.
2. Continue à former son personnel à la culture aborigène, de manière à mieux comprendre ses patients autochtones.
3. Facilite les visites de membres de la famille, notamment en prenant des mesures pour les héberger ou leur trouver un gîte à court terme durant les séjours de visite au Centre.
4. Prenne des mesures pour donner au Centre une atmosphère la plus familiale possible.
5. Poursuive les plans en vue de séparer les patients ayant subi des lésions cérébrales de ceux qui souffrent de maladies mentales.
6. Renseigne la famille des patients quant aux facteurs de risque de suicide et aux signes avant-coureurs de suicide, afin de permettre aux familles de les identifier.

7. Tienne régulièrement des séances de formation du personnel sur la prévention du suicide.
8. Effectue des examens périodiques, comme dans le passé, pour éliminer, dans la mesure du possible, la présence d'objets pouvant être utilisés pour un suicide.
9. Effectue des examens périodiques afin d'éliminer, dans la mesure du possible, les endroits où un patient pourrait se suicider.
10. Réfléchisse attentivement avant d'accorder à un patient qui a des antécédents de menaces de suicide la permission de quitter l'unité sans être accompagné.

Que le gouvernement du Manitoba :

1. Poursuive l'amélioration apportée aux immobilisations pour le Selkirk Mental Health Centre, en particulier le projet de séparation des patients ayant subi des lésions cérébrales de ceux qui souffrent de maladie mentale, et celui de rendre plus privées les chambres de ces derniers.
2. Prenne des mesures pour faire en sorte que les communautés des Premières nations du Nord aient à leur disposition le nombre nécessaire d'omnipraticiens (médecins à temps plein résidant dans les collectivités où la demande le justifie) et de psychiatres visiteurs, afin d'offrir des soins adéquats et constants aux personnes autochtones souffrant de troubles mentaux.
3. Encourage la mise sur pied et le financement de foyers de groupe, afin que les personnes aux prises avec des troubles mentaux puissent rester dans leur collectivité ou retourner dans la communauté le plus rapidement possible.
4. À titre d'organisme réglementaire, comprenne le besoin de tels foyers de groupe et en facilite la mise sur pied.

Que le gouvernement du Canada :

1. Prenne des mesures pour accroître le niveau des services psychiatriques offerts aux communautés des Premières nations par des visites périodiques de psychiatres, et éventuellement d'infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés, de travailleuses et travailleurs sociaux ou d'autres personnes ayant reçu des formations du même type, afin d'assurer une surveillance continue des soins psychiatriques prodigués aux patients.
2. Songe à rétablir le financement de la ligne d'écoute téléphonique de Cross Lake ou d'un programme similaire, afin de répondre aux personnes en état de crise dans la communauté et, au besoin, des services de relève pour les familles.
3. Mette sur pied des foyers de groupe en santé mentale dans les communautés des Premières nations où le nombre de patients le justifie.

4. Afin de faciliter le traitement des patients schizophrènes sous Clozaril, établisse des laboratoires dans les communautés où la population le justifie, pour que les analyses sanguines puissent être effectuées à intervalles réguliers.

DOSSIER DE CAS N° 0404/96

Cause du décès : Péritonite causée par la rupture du duodénum

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Nadine Beaulieu, une fillette de 23 mois, est décédée alors qu'elle était sous les soins des Services à l'enfant à la famille. L'autopsie a révélé que le décès avait été directement causé par une rupture du duodénum, qui a entraîné une péritonite. Il semble que l'enfant ait été frappée par un coup d'une force brutale qui a poussé son estomac et son duodénum contre sa colonne vertébrale, entraînant des contusions significatives à l'estomac et provoquant un trou dans le duodénum.

Recommandations judiciaires :

1. Que des fonds suffisants soient disponibles afin d'avoir un plus grand nombre d'environnements sûrs et encadrés où peuvent vivre les jeunes adolescentes.
2. Que la *Loi sur les enquêtes médico-légales* soit modifiée dans le but de permettre au juge de l'enquête d'ordonner la nomination d'un avocat si, à son avis, une telle nomination est nécessaire au bon déroulement de l'enquête, dans les circonstances où la personne ayant besoin d'un avocat est démunie ou incapable de payer la totalité des frais d'avocat.
3. Que les agences sociales appropriées offrent au père de Nadine le soutien et les services de counseling à long terme dont il aura besoin.
4. Que le programme en place à Pine Creek, pour réduire la grossesse chez les adolescentes et les dommages causés par l'alcoolisme fœtal, soit soigneusement étudié et, si besoin est, que l'on en fasse part à d'autres collectivités qui pourraient en profiter.

5. Que des ressources appropriées (pour le diagnostic juste des enfants souffrant d'effets de l'alcoolisme fœtal) soient mises en place de manière urgente.

6. Que l'ensemble des travailleurs des services à l'enfance, des travailleurs de la santé, des enseignants et du personnel des garderies reçoive obligatoirement une formation sur le SAF et les EAF, afin de pouvoir mieux reconnaître les dommages causés par l'alcoolisme fœtal chez les enfants qui les côtoient, et pour pouvoir améliorer leurs interventions et leur planification pour ces enfants.

7. Que les parents et les parents nourriciers d'un enfant souffrant de SAF ou d'EAF reçoivent une formation suivie et un appui afin de pouvoir s'occuper adéquatement de l'enfant, et d'éviter beaucoup des incapacités secondaires qu'il risque de présenter.

8. Que les parents qui ont eu un enfant atteint de SAF ou de EAF reçoivent une formation poussée, qu'ils fassent l'objet d'interventions, de soutien et de supervision par les offices des service à l'enfant et à la famille, afin de réduire les risques de problèmes du même type chez leurs autres enfants éventuels.

9. Lorsqu'un office d'aide à l'enfance sait qu'une mère a des antécédents de consommation d'alcool durant la grossesse, qu'une évaluation obligatoire du SAF/EAF soit effectuée afin d'assurer un diagnostic précoce et d'engager les interventions et le soutien appropriés.

10. Lorsqu'un office d'aide à l'enfance sait qu'une mère a donné naissance à un enfant souffrant de SAF/EAF, que tous les autres enfants nés de cette mère précédemment ou par la suite fassent également l'objet d'un dépistage des dommages causés par l'alcoolisme fœtal.

11. Qu'une équipe plus multidisciplinaire sur le syndrome d'alcoolisme fœtal, comme celles de Winnipeg et de Thompson, soit mise sur pied, pour faire en sorte que tous les enfants touchés dans la province subissent une évaluation des dommages causés par l'alcoolisme fœtal à un âge précoce, afin que des plans puissent être élaborés pour aider les familles et les pourvoyeurs de soins à veiller adéquatement aux soins de ces enfants. Ces équipes doivent être convenablement financées, pour que toutes les familles puissent profiter de leurs compétences.
(Qu'une équipe de ce type soit établie dans la région de Dauphin, compte tenu du besoin manifeste d'évaluations dans la région des Parcs du Manitoba.)

12. Que, lorsque l'évaluation d'un enfant révèle la présence de SAF ou d'EAF, tous les offices qui prennent part à la planification pour cet enfant accordent une importance particulière au besoin d'une vie familiale stable, structurée et constante, et fassent tout en leur pouvoir pour éviter les changements de placements fréquents pour cet enfant.

13. Que le gouvernement du Manitoba songe à adopter les lois constitutionnelles appropriées afin de protéger les fœtus des effets de la consommation abusive d'alcool et autres drogues.

14. Que tous les enfants de la mère subissent, dans les délais les plus brefs, une évaluation de dépistage des dommages causés par l'alcoolisme fœtal.

15. Que des auxiliaires de soins à domicile spécialement formés rendent régulièrement visite aux parents nourriciers nouvellement agréés s'occupant d'enfants d'âge préscolaire, dans le but d'interagir avec ces enfants.

16. Que l'office élabore une politique empêchant l'attribution de permis de foyer nourricier si un des demandeurs a été reconnu coupable de plus d'une voie de fait simple et que les politiques, même les ébauches de politiques, soit respectées, sauf dans des circonstances hautement exceptionnelles.

17. Que dans le manuel destiné aux familles d'accueil, au lieu que soit glissée au milieu d'une section sur les lettres d'approbation la phrase portant sur le droit des parents nourriciers de faire retirer les enfants qui leur sont confiés, cette phrase soit bien mise en évidence dans la partie sur les droits et responsabilités des parents nourriciers, à la section 8.

18. Que les travailleurs des SEF expliquent très clairement à tous les parents nourriciers qu'ils ont le droit de demander qu'un enfant soit retiré de leur foyer.

19. Que les SEF de l'Ouest s'assurent que la formation intra-agence soit fournie à tout le personnel de première ligne et les superviseurs dans les domaines précis suivants :

- faire des évaluations exhaustives, composer des énoncés diagnostiques et établir un plan d'intervention d'après l'évaluation;
- formuler des objectifs et planifier les contrats de services pour le traitement des cas;
- mettre la sécurité de l'enfant au premier plan dans les interventions, tout en tenant compte des besoins de la famille;
- fournir des conseils d'aide sociale et une intervention au niveau de la gestion des cas auprès des enfants et des familles;
- offrir un appui aux parents nourriciers s'occupant d'enfants ayant des besoins importants;
- offrir un appui aux parents nourriciers en général;
- comprendre les rôles des différents services et la portée de la description de tâche de chacun;

- comprendre comment ces différents services travaillent ensemble de manière coordonnée, pour que les besoins sociaux des enfants et de leur famille soient comblés de la manière la plus adéquate possible;
- comprendre que les travailleurs sociaux et les superviseurs sont libres de remettre en question les décisions prises par d'autres services et ont le droit d'examiner des situations plus à fond s'ils ne sont pas satisfaits des aspects de sécurité de l'enfant.

20. Que les SEF de l'Ouest veillent à ce qu'une évaluation exhaustive soit faite pour tous les enfants placés sous ses soins pour une situation autre qu'un placement temporaire d'urgence.
21. Que les SEF de l'Ouest insistent auprès de leurs travailleurs sociaux et de leurs superviseurs quant à l'importance du maintien de relevés détaillés.
22. Que les SEF de l'Ouest réduisent significativement le nombre de dossiers ou de cas par travailleur, lorsqu'il s'agit de familles qui présentent des préoccupations particulières sur le plan du bien-être des enfants, par rapport au nombre de cas dont ils étaient chargés au moment du décès de Nadine.
23. Que la Direction communique avec d'autres ministères provinciaux et fédéraux pour demander que les médecins travaillant dans les hôpitaux et en pratique générale dans la région des SEF de l'Ouest, reçoivent une formation dans le domaine du mauvais traitement des enfants et des attentes de la pratique médicale dans ce domaine.
24. Que les SEF de l'Ouest fassent en sorte que les parents d'accueil et le personnel de soins alternatifs ou de soins nourriciers thérapeutiques soient invités à prendre part aux réunions de soins, pour tâcher d'améliorer la coordination entre les ministères et les pourvoyeurs de soins.
25. Que les SEF de l'Ouest ajoutent à leurs méthodes des dispositions faisant en sorte que les membres du personnel de soins alternatifs ou nourriciers puissent tenir une réunion de cas sur un enfant placé, s'ils croient que cela serait dans le meilleur intérêt de l'enfant ou des parents nourriciers.
26. Que les SEF de l'Ouest s'assurent que les enfants soient consultés et puissent faire leurs commentaires sur leur placement.
27. Que les SEF de l'Ouest veillent, dans la mesure du possible, à ce que les enfants soient sous la supervision de travailleurs qui sont situés près du foyer nourricier, quand ils sont placés à l'extérieur de leur communauté.
28. Que les SEF de l'Ouest s'assurent que tous les travailleurs participant à un cas soient mis au courant des changements apportés au niveau tant de l'appui que des

ententes financières prises pour maintenir le placement d'un enfant dans un foyer alternatifs.

29. Que les SEF de l'Ouest fassent en sorte que le personnel de soins alternatifs reçoive une formation adéquate quant à la détection du mauvais traitement et de la négligence.

30. Que les SEF de l'Ouest désignent au moins un employé de soins alternatifs qui se concentre exclusivement sur le recrutement de nouveaux parents nourriciers.

31. Que les SEF de l'Ouest veillent à la disponibilité de fonds suffisants pour permettre des campagnes de recrutement dans chacune des neuf communautés qu'ils desservent.

32. Que les SEF de l'Ouest fassent en sorte que des protocoles locaux soient en place pour permettre le partage d'information de nature criminelle par la police, en ce qui concerne les postulants au rôle de parent nourricier et toutes les personnes de plus de onze ans qui vivent dans le foyer nourricier éventuel.

33. Que les SEF de l'Ouest fassent en sorte que le personnel de soins alternatifs utilise des notes de cas pour consigner tous les contacts avec les parents nourriciers et les parents collatéraux, et que ces notes soient versées au dossier de placement familial.

34. Que les SEF de l'Ouest veillent à ce que les membres de son personnel sachent que les employés sont responsables de recevoir les rapports médicaux, d'organiser les visites, de fournir des conseils aux parents nourriciers, d'encadrer leurs actions et de voir à leurs attentes.

35. Que les Services à l'enfant et à la famille de l'Ouest veillent à ce que tous les dossiers de foyers nourriciers ouvert contiennent des évaluations détaillées du foyer d'accueil.

36. Que les SEF de l'Ouest veillent à ce que les permis de foyer nourricier soient conformes aux âges des enfants qui ont été admis.

37. Que les SEF de l'Ouest fassent en sorte que le processus d'évaluation annuel devienne assez exhaustif pour fournir une évaluation crédible des services nourriciers précédents, ainsi que des recommandations concernant l'attribution appropriée de permis futurs.

38. Que les SEF de l'Ouest établissent un processus écrit interne permettant aux employés de tout service d'exprimer ses inquiétudes à l'égard d'une ressource ou d'un placement alternatif.

39. Que les SEF de l'Ouest peaufinent l'ébauche actuelle de procédures concernant les cas d'approbation par l'office de postulants au rôle de parent nourricier ayant été auparavant rendus coupables d'actes criminels.

40. Que le conseil d'administration des SEF de l'Ouest adopte une politique de conflit d'intérêt et qu'il donne une forme officielle aux procédures de conflit d'intérêt pour tous les services internes et comités communautaires.

41. Que les SEF de l'Ouest s'assurent que tout travailleur ou tout superviseur prenant part à des décisions pour la protection d'enfants ou concernant des soins nourriciers impliquant un membre de sa famille déclare cette situation de conflit d'intérêt à son supérieur immédiat.

42. Que les SEF de l'Ouest veillent à ce que tous les nouveaux postulants au rôle de parent nourricier aient accès à une formation et à du matériel suffisants.

43. Que les SEF de l'Ouest fassent en sorte que tous les parents nourriciers de l'office reçoivent une formation poussée sur la prise en charge des enfants atteints de SAF/EAF. Cette mesure exigera un financement supplémentaire adéquat.

44. Que les SEF de l'Ouest s'assurent d'un financement suffisant pour finaliser les systèmes informatisés qui relient l'ensemble des neuf communautés et qui permettent le transfert rapide d'information exigé pour accroître la sécurité des enfants et améliorer la planification pour les familles.

45. Que se tiennent des discussions tripartites entre les Premières nations du Manitoba, la province du Manitoba et le gouvernement fédéral, afin de réévaluer le financement qui convient pour résoudre les questions sous-jacentes de bien-être des enfants qui prévalent dans de nombreuses collectivités des Premières nations du Manitoba.

46. Que le gouvernement du Manitoba mette sur pied un système provincial visant le respect des normes provinciales par le recours à des évaluateurs indépendants responsables de présenter des rapports exhaustifs (résumés de cas individuels et rapports de conformité générale de l'office), aux Services à l'enfant et à la famille et au bureau provincial du protecteur des enfants.

47. Que la Direction impose un plafond raisonnable au nombre de cas confiés aux travailleurs familiaux responsables de familles de protection et à ceux qui traitent avec des enfants placés, en vue de réduire de manière significative le nombre de cas sous la responsabilité de ces travailleurs par rapport à ce même nombre au moment du décès de Nadine.

48. Que le gouvernement fédéral apporte une solution permanente aux questions de financement qui nuisent à la capacité des offices autochtones de protection de l'enfance de réduire les facteurs de risque chez les enfants des communautés des Premières nations avant leur placement.

49. Que la Direction offre des niveaux de rémunération appropriés aux parents nourriciers qui prennent en charge des enfants très difficiles.

50. Que la Direction offre aux parents nourriciers qui vont s'occuper d'enfants dont les besoins sont très importants et les risques très élevés des occasions suffisantes de formation.

51. Que la Direction fasse en sorte qu'il y ait suffisamment de fonds pour permettre aux offices autochtones de protection de l'enfance de mettre au point des versions vidéo ou audio culturellement adaptées du manuel provincial de soins nourriciers offert aux parents d'accueil qui en ont besoin ou qui en font la demande.

52. Que le ministère de la Justice et la Direction veillent à la mise en place de protocoles locaux entre les autorités de protection de l'enfance et tous les détachements de police, en vue du partage de toute information de nature criminelle concernant les postulants au rôle de parent nourricier, ainsi que les personnes de plus de onze ans qui vivent sous leur toit.

53. Que la Direction s'assure que tout office de protection de l'enfance ayant placé un enfant porte la responsabilité ultime de veiller à ce que les rendez-vous avec les spécialistes médicaux soient pris au besoin.

54. Que la Direction négocie avec les autres ministères provinciaux afin d'accroître la capacité qu'a l'équipe de protection de l'enfance de l'Hôpital pour enfants de Winnipeg de procéder à des évaluations psychosociales de protection de manière ponctuelle, en fonction précise du nombre de cas exigeant sa participation.

55. Que la Direction négocie avec d'autres ministères provinciaux afin d'accroître la capacité qu'ont le Centre de protection de l'enfance et la Clinique de développement de l'enfance de se rendre périodiquement dans diverses communautés où les risques sont élevés, si elles ont un nombre de renvois suffisant.

56. Que la Direction émette, après consultation, une ligne directrice pour les travailleurs de protection de l'enfance, précisant dans quelles circonstances les groupes de frères et sœurs devraient être gardés ensemble et quand ils devraient être séparés.

57. Que la Direction, en collaboration avec les autres ministères provinciaux et fédéraux, élargisse la capacité qu'ont les Clinic for Alcohol and Drug Exposed Children (CADEC) d'évaluer les enfants quant à la détection du SAF/EAF.

58. Que la Direction recommande que les offices de protection de l'enfance du Manitoba procèdent à une évaluation préliminaire quant au SAF/EAF de tous les enfants placés, au cours des trois premiers mois du placement, afin de déterminer si une évaluation exhaustive de détection du SAF/EAF est justifiée.

59. Que la Direction s'assure que tous les travailleurs sociaux occupant des postes de protection de l'enfance acquièrent l'ensemble des compétences essentielles dès

que raisonnablement possible après l'embauchage. Cette mesure exige la disponibilité de sommes de formation adéquates dans toutes les régions de la province, pour que cette formation puisse être acquise à l'extérieur de Winnipeg.

60. Que la Direction fasse en sorte que l'Université du Manitoba, par sa faculté des services sociaux, puisse offrir une formation à distance pour son B. Sc. Soc., dans le but d'accroître l'étendue des connaissances des travailleurs qui n'ont pas de diplôme en travail social.

61. Que la Direction veille au partage des frais pour l'acquisition de compétences localisées entre les offices locaux de protection de l'enfance et la Direction des services de soutien de la province du Manitoba.

62. Que la Direction fasse des pressions et collabore avec d'autres ministères gouvernementaux en vue d'obtenir des améliorations au programme d'études du B. Sc. Soc., notamment l'inclusion d'une formation exhaustive pour les travailleurs de protection de l'enfance.

63. Qu'un protocole soit adopté pour que, au moment de la saisie d'un enfant, l'office dirige l'enfant vers un médecin choisi dans la région.

64. Que l'autorité chargée de l'octroi des permis d'exercice, soit le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba (CMCM), rappelle à la totalité de ses membres la prévalence du SAF dans notre société, qu'elle les mette au courant de la disponibilité des brochures préparées par le D[r] Chudley, ainsi que de la clinique de SAF dont le but est d'aider les enfants.

65. Que le moment est à nouveau venu d'entreprendre une campagne promotionnelle dans les communautés autochtones, pour que tous les membres de ces collectivités connaissent leurs responsabilités sur le plan de la dénonciation de cas de mauvais traitement soupçonné d'enfants et qu'ils sachent que de tels cas peuvent être rapportés en toute confiance et sans craintes de représailles.

66. Que le CMCM déploie des efforts constants, avec l'aide des ministères appropriés, en vue de former tous les médecins, et en particulier les omnipraticiens et les urgentologues quant à la forte probabilité de mauvais traitement chez les enfants présentant des blessures. De plus, que l'on rappelle à ces médecins leur obligation légale de rapporter tout cas de mauvais traitement soupçonné aux autorités appropriées de protection de l'enfance.

67. Que la Direction et tout office de protection de l'enfance impliqué dans le décès d'un enfant fasse part de ses commentaires et présente un état de la situation au bureau du médecin légiste en chef (BMLC), concernant toute recommandation faite dans un rapport du bureau conformément à son mandat décrit à l'article 10 de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* (LEML). Et que, dans la mesure où cela est

nécessaire, l'article 10 de la LEML soit modifié afin de prévoir qu'une copie du rapport, qui est envoyée au ministre, soit également envoyée à l'office en cause et à la Direction, et qu'un mécanisme permettant de faire des commentaires au BMLC soit prévu.

68. Que le superviseur en charge d'attribuer des permis aux foyers d'accueil compare toutes les évaluations annuelles d'un parent nourricier à la demande initiale et à toute autre demande ayant pu être présentée par les parents nourriciers, afin de repérer tout écart éventuel.

69. Que toutes les demandes de tarif de financement spécial et leurs approbations soient versées non seulement au dossier de l'enfant placé, mais également à celui du parent nourricier.

70. Que, sauf dans des circonstances extraordinaires, toute enquête exigée soit menée à bien au cours de l'année suivant le décès de l'enfant.

71. Que, si le directeur des SEF détermine qu'une révision s'impose, elle soit effectuée conformément aux normes en vigueur. Ceci revêt une importance particulière, car dans le cas présent, le rapport pourrait avoir laissé à certains l'impression que rien dans la gestion du cas par l'office n'aurait pu faire l'objet de recommandations. De plus, une évaluation effectuée conformément aux normes en vigueur a plus de chances d'identifier exactement ce qui a fait défaut et de permettre de recommander les mesures nécessaires pour prévenir des tragédies du même type. Une telle mesure aurait peut-être même évité le besoin de procéder à une enquête sur la question.

DOSSIER DE CAS N° 2941, 2947 & 2948/01

Cause du décès : Inhalation de fumée

Nature du décès : Accident

Circonstances : Le 8 décembre 2001, la GRC de Moose Lake a été appelée à un domicile qui était la proie des flammes et où Lorna Ballantyne et ses deux fils résidaient, sur la réserve des Premières nations de Mosakahiken. Les agents sont arrivés sur les lieux peu de temps après des membres du service bénévole des incendies de Moose Lake. La maison était complètement envahie par les flammes. Lorna Ballantyne et ses deux fils sont morts par inhalation de fumée.

Recommandations judiciaires :

1. Qu'une norme de base pour la protection contre les incendies soit établie en vertu de la *Loi sur les municipalités*, faisant en sorte que chaque municipalité soit dotée d'une capacité minimale de lutter contre les incendies dans sa collectivité, de manière à assurer la protection des citoyens contre les incendies; et que le gouvernement du Manitoba offre des ressources suffisantes pour que cette norme de base soit respectée.
1. Qu'aucune entente d'aide mutuelle ou de rémunération de services ne soit conclue entre aucune corporation municipale manitobaine ou communauté des Premières nations sauf si les normes de base sont respectées.

DOSSIER DE CAS N° 2005/96

Cause du décès : Hypoxie grave

Nature du décès : Naturel

Circonstances : Le décès de Collin Dorber Squire a été prononcé par le personnel médical en poste le 8 septembre 1996, environ 24 heures après sa naissance. La cause du décès, telle que rapportée dans le rapport du médecin légiste en chef du 8 avril 1997, était une hypoxie grave attribuable à une hypertension pulmonaire persistante secondaire à un syndrome grave d'aspiration de méconium.

Recommandations judiciaires :

1. L'Hôpital général Victoria est le principal centre de naissance à l'extérieur des hôpitaux tertiaires de Winnipeg, pour l'accouchement et les soins néonatals. Il serait pratique et pertinent de mettre le bien-être des femmes enceintes en tête des préoccupations et d'ajouter au personnel un pédiatre disponible 24 heures sur 24. Cette mesure augmenterait la confiance, la sécurité et le bien-être mental de tous les parents dont les enfants naissent dans cet établissement.

2. L'Hôpital général Victoria n'a pas de ventilateur mécanique; or, un tel appareil représenterait vraisemblablement un ajout important et valable à l'équipement disponible dans l'établissement.
3. Il serait très souhaitable que l'Hôpital général Victoria évalue et revoit, périodiquement, l'information qui est fournie aux mères enceintes concernant la disponibilité de personnel et les soins des patients à l'hôpital. Les hôpitaux et les médecins qui y exercent partagent la responsabilité d'informer et de conseiller les patients quant à leurs soins. L'information doit être revue et mise à jour régulièrement, afin que les patients aient un portrait précis et sans équivoque de l'établissement, des services et des soins qui y sont offerts. Les patients doivent également être mis au courant des services qui ne sont pas offerts par l'établissement.
4. Il est évident qu'il y avait un manque général de compréhension et de renseignements au sein de la communauté médicale quant au protocole d'oxyde nitrique mis au point par le Centre des sciences de la santé et à ses usages éventuels. L'importance de la formation continue et de tenir les obstétriciens, pédiatres, anesthésistes et néonatologistes au courant de la disponibilité et des progrès de ces protocoles représente une préoccupation immédiate.
5. Un lien de collaboration plus étroit doit être établi entre les obstétriciens et les pédiatres, surtout en ce qui a trait au service de transport néonatal, afin de garder tout le monde informé et au courant du fonctionnement de ce service de transport.

DOSSIER DE CAS N° 2550/01

Cause du décès : Traumatisme contondant à la poitrine et à l'abdomen

Nature du décès : Accident

Circonstances : Henry Dueck, un homme de 61 ans, est décédé le 24 octobre 2001 au poste infirmier de Split Lake. Il a été tué alors qu'il effectuait son travail sur le chantier de construction d'un nouveau motel à Split Lake, Manitoba. Il était en train de couper un pieu métallique de 18 pieds au niveau du sol pendant qu'un compagnon de travail poussait le pieu pour le faire tomber. En tombant, le pieu a frappé la victime au thorax, causant sa mort.

Recommandations judiciaires :

1. Que les règlements sur la sécurité et l'hygiène du travail soient revus afin d'inclure des dispositions concernant l'enfoncement de pieux.
2. Que la Division de la sécurité et de l'hygiène du travail mette au point un bulletin de sécurité sur les méthodes sûres d'enfoncement des pieux.
3. Que Hugh Munro Construction Ltd. adopte des politiques d'embauchage pour veiller à ce que les ouvriers soient formés et supervisés en ce qui concerne les méthodes sûres d'accomplissement du travail pour lequel ils ont été embauchés.
4. Qu'Ininew Project Management établisse un protocole de sécurité exhaustif et termine son manuel de sécurité.

DOSSIER DE CAS N° 0382/00

Cause du décès : Asphyxie causée par la pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Susan Redhead, une jeune fille de 15 ans, s'est suicidée à son domicile de Shamattawa le 20 février 2000. Elle avait reçu son congé de l'office Awasis Agency of Northern Manitoba (Awasis) environ six semaines auparavant. Son beau-père résidait au même domicile. Il avait été récemment libéré sous caution après avoir été accusé d'abus sexuel à l'endroit de la défunte et de la sœur de cette dernière. La victime, qu'on savait présenter un risque élevé de suicide, avait reçu des services de santé mentale alors qu'elle était sous les soins de l'office.

Recommandations judiciaires :

Awasis Agency of Northern Manitoba (Awasis) :

1. Que l'office revoie ses pratiques, politiques et méthodes actuelles.
2. Qu'il prenne des mesures immédiates pour mettre au point, avec la Direction provinciale, une stratégie en vue de donner une formation axée sur les compétences aux travailleurs des services à l'enfance de l'office Awasis à

Shamattawa. La formation doit être culturellement appropriée et adaptée aux circonstances locales. Elle doit englober :

(a) la santé et le bien-être personnels;
(b) la reconnaissance et la prévention du suicide;
(c) le traitement de la consommation abusive d'alcool et de solvants;
(d) la reconnaissance et la compréhension des problèmes reliés au SAF/EAF;
(e) la gestion des situations d'urgence;
(f) une discussion sur la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;
(g) les règlements;
(h) les pratiques de travail social acceptées.

3. Que l'office mette au point un système de formation à long terme qui examine et mette à jour régulièrement les aptitudes et les connaissances des fournisseurs de services de premier plan.
4. Que l'office établisse une voie définie et compréhensible pour que l'on puisse communiquer avec lui, dans un objectif d'appui et de consultation.
5. Que l'office compose des descriptions de tâches écrites établissant des paramètres qui vont permettre aux travailleurs de donner aux clients des explications claires quant au type d'aide qu'Awasis peut fournir et qui permettront aux travailleurs de comprendre qu'Awasis n'est pas simplement là pour faire ce que les clients demandent.
6. Que la description de tâches fasse partie du contrat tripartite signé quand un employé est embauché, pour que le chef, le conseil, l'office et le travailleur connaissent tous le rôle et l'étendue des responsabilités de l'emploi.
7. Que les travailleurs fassent l'objet d'évaluations périodiques, au minimum une fois l'an, et également de manière plus informelle pour discuter des problèmes, faire des suggestions et recevoir des commentaires.
8. Si un travailleur et un client ne peuvent pas communiquer, que l'on envisage de trouver un travailleur différent ou un intermédiaire à qui le client peut parler.
9. Que l'on envisage d'établir un système de jumelage pour les travailleurs locaux.
10. Que des mesures soient prises afin que chaque cas soit revu régulièrement par le superviseur de l'office.
11. Que chaque inscription au registre courant soit accompagnée des initiales ou de la signature de la personne l'ayant consignée.
12. Que chaque contact établi avec un client soit consigné au dossier.
13. Que des résumés trimestriels fournissent un coup d'œil sur la situation et permettent de voir les progrès, ou l'absence de progrès, et de fixer des buts.
14. Que lorsque des dossiers sont transférés à un nouveau travailleur, un résumé du dossier soit préparé.

15. Qu'au moment de fermer un dossier, un résumé du dossier soit préparé précisant la raison de la fermeture et la planification ayant permis de fermer le dossier.
16. Que les dossiers soient gardés dans un endroit sûr mais facilement accessible au besoin.
17. Que les superviseurs reçoivent une formation de supervision.
18. Qu'aucune entente de placement volontaire (EPV) ne soit prise si un parent est inapte.
19. Qu'on n'ait jamais recours à une EPV si l'enfant a besoin de protection.
20. Que les EPV soient revues et approuvées par le responsable des opérations au moment où elles sont conclues et quand elles prennent fin.
21. Que l'on trouve une meilleure façon de conclure des EPV.
22. Qu'on ne laisse pas échoir les EPV avant qu'elles n'aient été revues ou renouvelées.
23. Qu'avant qu'un enfant n'obtienne son congé de l'agence, une évaluation de la sécurité du domicile soit obligatoirement effectuée.
24. Qu'un plan de sécurité au moment du congé revu par le responsable des opérations soit établi et documenté avant qu'un enfant ne reçoive son congé de l'office.
25. Que le mandat des services de protection de l'enfance soit revu périodiquement avec les travailleurs.
26. On recommande que l'agence compte un aîné autochtone auquel le personnel peut parler.
27. Que des voies de communication régulières avec le chef et le conseil soient en place.
28. Il est absolument essentiel qu'un financement adéquat pour la formation professionnelle et le développement fasse partie des sommes que reçoit l'office de la protection de l'enfance.
29. En plus de prévoir que des fonds soient fournis à l'office pour la formation, que des mesures soient prises pour permettre l'accès aux programmes provinciaux déjà en place pour l'enseignement des compétences requises.
30. Qu'il y ait une rationalisation des méthodes de financement de l'agence, afin de permettre les services aux familles et les programmes de prévention.
31. Quand un enfant sous la tutelle d'Awasis retourne à une communauté des Premières nations, que la GRC, le poste infirmier et le travailleur en santé mentale soient avertis par l'office de protection de l'enfance.

32. Normes d'embauchage : la Direction des services à l'enfant et à la famille doit établir, par des règlements et des politiques, des normes de base pour tous les travailleurs de protection de l'enfance.
33. Que les travailleurs de protection de l'enfance d'Awasis aient un téléphone pour que la GRC ou le poste infirmier puisse les joindre en cas de problème avec un enfant.
34. Que les représentants appropriés des gouvernements fédéral et provincial, des Premières nations et de l'office Awasis combinent leurs ressources afin d'étudier la question du financement d'un foyer de groupe ou d'accueil à Shamattawa.
35. Que chaque Première nation ait accès à un conseiller ou un thérapeute familial travaillant spécifiquement avec les familles, puisque les familles représentent le fondement de la société.
36. Que la Direction des services à l'enfant et à la famille fixe des exigences de pratique minimales pour tous les travailleurs de protection de l'enfance, par le biais de règlements et de politiques.
37. Que le Bureau de placement provincial envoie à tous les offices un rapport annuel sur les types de programmes et de services avec lesquels ils traitent, afin que les travailleurs et la clientèle soient mieux informés des services offerts.
38. Que les responsables d'Awasis lisent la transcription des preuves recueillies dans cette enquête. Ils auront ainsi une véritable compréhension de la perception que les travailleurs ont de leurs rôles, responsabilités et exigences administratives, ainsi que des problèmes et frustrations qu'ils rencontrent au travail.

JUSTICE MANITOBA

Poursuites

1. Lorsqu'une personne est sur le point d'être condamnée, la Couronne doit revoir la caution et mettre la cour au courant de toutes les clauses conditionnelles.
2. La Couronne a une politique qui est entrée en vigueur le 19 février 1999 et qui prévoit que l'avocat-conseil de la Couronne doit déployer tous les efforts raisonnables pour qu'une déclaration de la victime soit présentée à la cour. Cette politique doit être revue, surtout en ce qui concerne ses méthodes d'application dans les communautés éloignées où des problèmes d'organisation et de main-d'œuvre nuisent à l'obtention d'une telle déclaration par la cour.
3. Malgré les problèmes d'organisation et de main-d'œuvre, si la victime est là, son point de vue doit être présenté par la Couronne (même si elle en est incapable pour des raisons de langage ou d'âge).

4. La Couronne doit tenter de trouver sur place une personne capable de traduire si le plaignant préfère s'exprimer dans sa langue maternelle, afin de s'assurer que la victime soit entendue.
5. La Couronne doit envisager l'adoption d'une politique de demande systématique d'ordonnance de non communication pour protéger les victimes d'abus sexuel, surtout quand il s'agit de jeunes enfants, peu importe l'endroit où réside l'accusé ou le plaignant – nous vivons dans une société mobile.
6. La question du recours à un écran pour les enfants qui témoignent doit être revue immédiatement.
7. Lorsque des enfants témoins sont interrogés, un adulte doit être présent pour les appuyer.
8. Un programme d'appui aux enfants victimes doit être établi et mis en œuvre dans les communautés éloignées, en apportant une attention particulière aux difficultés de langage et culturelles, et en tenant compte des limites des tribunaux dans les communautés éloignées.
9. Les procureurs de la Couronne doivent faire une demande d'ordonnance de non-communication dans tous les cas où un accusé qui a été reconnu coupable d'agression sexuelle reçoit une sentence prévoyant une période de probation, sauf si une telle ordonnance n'est pas nécessaire et causerait préjudice à la victime. Ces circonstances, si elles existent, doivent être inscrites au dossier.
10. Lorsqu'un délinquant sexuel est sur le point d'être libéré, les Services correctionnels doivent prévenir, de la libération imminente du délinquant et de l'endroit où il prévoit vivre, les Services à l'enfant et à la famille de la communauté d'origine du délinquant s'il s'agit du même endroit, et la communauté où réside la victime.
11. Un avis écrit doit être envoyé à la police de la communauté où l'accusation a été portée immédiatement après la condamnation.
12. La police de la communauté dans laquelle le délinquant sexuel sera libéré doit être avertie avant la libération du délinquant de son intention de résider dans la communauté.
13. La Couronne doit immédiatement prévenir la victime ou son tuteur, ou les deux si cela est approprié pour l'âge de la victime, de toute disposition et de ses raisons.
14. Le ministère de la Justice doit allouer des sommes pour permettre de financer un plus grand nombre d'employés au bureau de la Couronne de Thompson.

SERVICES DE PROBATION

1. Il est absolument vital que les Services de probation reçoivent de l'établissement correctionnel l'adresse exacte où s'établira une personne après avoir été libérée sous caution.
2. Les services de police initiaux doivent être prévenus par les Services de probation de toute ordonnance de probation à l'endroit d'un délinquant sexuel.
3. Tenue de dossiers : aucun rapport de police n'a été reçu en ce qui a trait aux circonstances de l'infraction. L'agent de probation aurait dû en faire la demande.
4. Une évaluation des risques principaux doit être effectuée pour chaque dossier.
5. Les Services correctionnels/de probation doivent revoir l'instrument utilisé pour calculer si le risque que posent les délinquants sexuels est faible, moyen ou élevé.
6. Les dispositions en cas de manquement aux condition de probation par un délinquant sexuel doivent être prises immédiatement par les Services de probation et être poursuivies par le ministère de la Justice, dès la première instance de manquement.
7. En cas de fermeture ou de transfert d'un dossier, conformément à la politique 370, toutes les notes manuscrites doivent être retirées. Cependant, je recommande qu'aucune note manuscrite ne soit détruite à moins que le dossier ne contienne un résumé des contacts clairement identifié comme tel.
8. Shamattawa a besoin d'un agent de probation à plein temps.

SERVICES MÉDICAUX LOCAUX / POSTE INFIRMIER

1. Le personnel infirmier et médical embauché pour travailler auprès des Premières nations devrait participer à des ateliers spécialement conçus pour la prévention du suicide et l'identification des compétences dans le cadre du processus d'embauchage initial.
2. Des politiques ou des protocoles écrits doivent être en place et revus régulièrement en ce qui concerne l'utilisation abusive de solvants, la délinquance sexuelle, la prévention du suicide, ainsi que la section 18 de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* (quand un enfant a besoin de protection).
3. Des ateliers sur ces questions doivent être tenus périodiquement, tant pour le personnel du poste infirmier que dans la communauté.
4. Le personnel médical et infirmier du poste infirmier doit passer régulièrement en revue ses connaissances des ressources offertes dans la communauté, autant pour savoir vers qui diriger la clientèle que pour pouvoir être en contact avec les autres

ressources afin de fournir des renseignements à la communauté, sur des questions de santé publique.

5. Un classeur doit être gardé au poste infirmier, contenant les noms de toutes les ressources communautaires, une courte description de leurs fonctions et le nom de la personne-ressource.
6. Il faut accroître les services d'approche dans la communauté.
7. Les notes consignées aux dossiers doivent être améliorées.
8. Il faut mettre au point une méthode de suivi des renseignements au poste infirmier quand des patients reçoivent leur congé.
9. Un protocole hospitalier écrit doit prévoir qu'un résumé de cas suive l'enfant au moment de son congé. Si l'enfant ne retourne pas à sa situation de vie initiale, le résumé de cas doit être remis au fournisseur de soins remplaçant, ainsi qu'à la personne ayant initialement référé le cas.
10. Le résumé de cas doit également suivre l'enfant au poste infirmier de la communauté au moment où l'enfant retourne chez lui.
11. Toute idée suicidaire exprimée au poste infirmier doit donner lieu à un renvoi vers les services de protection de l'enfance.
12. Les dossiers devraient être informatisés.
13. Le dossier devrait contenir un formulaire quelconque distinct des détails écrits et sur lequel on pourrait simplement cocher lorsque, par exemple, l'enfant est dirigé vers le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), pour qu'il ne soit pas nécessaire de le répéter chaque fois dans les notes et pour que le personnel puisse voir facilement qu'un renvoi a été fait.
14. Il doit y avoir un thérapeute clinique dans la communauté. Il peut s'agir de plus d'une personne, mais le service doit être offert à plein temps.
15. On recommande que la possibilité d'une liaison vidéo soit envisagée, comme celle décrite par le D[r] Keith Hildahl (Volume 24). Les services de counseling en personne pourraient donc être suivis de services par liaison vidéo, entre les visites dans la communauté.
16. Pour réaliser certain des éléments recommandés en ce qui concerne les ateliers, la communauté (Shamattawa) a besoin de quatre infirmières : une responsable du travail de santé publique, une responsable des écoles, avec un accent sur la nutrition et sur l'enseignement parental, et les deux autres pour le poste infirmier.
17. On recommande qu'il y ait trois ou quatre, préférablement quatre, travailleurs du PNLAADA à Shamattawa.

18. Un agent de liaison d'Awasis et un au poste infirmier doivent être choisis pour que le poste infirmier sache qui est le gardien lorsqu'un enfant leur est amené pour traitement.
19. Chaque dossier médical doit comporter l'identification des membres de la famille.
20. Les médecins doivent prendre l'habitude de s'enquérir globalement de la situation individuelle. Ils pourront ainsi avoir une meilleure idée du problème et voir s'il y a sous la surface des raisons de référer le patient vers un office.
21. Si on sait qu'un enfant inhale des solvants ou qu'on soupçonne l'utilisation abusive de substances, en plus de le noter dans le dossier, il faut référer l'enfant à une agence appropriée.
22. Une politique doit être établie afin que le personnel infirmier puisse assurer un suivi auprès des patients qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous médicaux ou leurs consultations avec un thérapeute.
23. Lorsqu'un enfant de moins de 18 ans est dirigé vers une ressource, par exemple un thérapeute clinique, il ne suffit pas de lui dire que la ressource existe s'il a un problème ou a besoin de parler à quelqu'un. Le rendez-vous doit être pris pour lui et l'enfant doit être activement encouragé à respecter le rendez-vous.
24. Quand un enfant est dirigé vers une ressource, un système de rappel doit être en place pour que le personnel du poste infirmier téléphone ensuite pour savoir si l'enfant s'est rendu à son rendez-vous.
25. Quand il s'agit d'un enfant qui relève d'un office de protection de l'enfance, le thérapeute clinique ou le psychologue doit faire part de ses résultats cliniques et de ses recommandations à l'agence.
26. Quand des patients sont dirigés vers une ressource à l'extérieur de la communauté, par exemple pour des questions de santé mentale (environ 50 cas par an), les instructions devraient contenir non seulement une demande de rapport, mais aussi une note à l'effet que le patient est prié de communiquer avec le poste infirmier à son retour, afin d'assurer le suivi qui s'impose.
27. La formation en cours d'emploi doit inclure l'apprentissage du rôle et de la fonction du bureau d'intervention en faveur des enfants en difficulté.
28. Lorsqu'une plainte est déposée au bureau régional concernant un membre du personnel du poste infirmier, le bureau régional doit fournir une copie de la lettre au personnel médical impliqué et exiger une réponse.
29. Si une plainte est déposée concernant le personnel du poste infirmier, un processus de médiation doit être mis en œuvre pour résoudre tout problème.

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL ET DES DROGUES CHEZ LES AUTOCHTONES (PNLAADA)

1. Le gouvernement fédéral devrait revoir ses programmes de traitement afin d'y inclure des traitements destinés aux jeunes de moins de 12 qui font une consommation abusive d'alcool, ainsi que des traitements de l'abus de solvant chez les adultes.
2. On doit envisager l'établissement d'un programme d'approche au Whisky Jack Treatment Centre.
3. Des modules de formation axés sur les compétences devraient être obligatoires chez les employés du PNLAADA.

SERVICES DE SANTÉ MENTALE

1. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ainsi que le ministère de la Santé du Manitoba doivent collaborer avec les Premières nations et tous les pourvoyeurs de services de la communauté (dans le cas présent Shamattawa), pour mettre au point une approche coordonnée afin que des services de santé mentale suffisants soient offerts pour les besoins de la communauté.
2. Des réunions régulières doivent être prévues, au minimum une fois l'an, entre la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, les Premières nations et les autres intervenants fournisseurs de fonds ou de services, afin de discuter des tâches qui incombent à chacun, de leur ampleur, et de l'orientation générale concernant ce qui est donné à la communauté et ce qui est nécessaire pour faire en sorte que les programmes répondent aux besoins.
3. Pour parvenir à une méthode coordonnée, les conflits de compétences doivent mis au rancard.
4. Les participants doivent être ceux qui sont en mesure de prendre des décisions.
5. Il existe un besoin de réseautage et d'établissement de coalitions.
6. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits doit revoir sa structure organisationnelle.
7. Tous les programmes doivent être établis à long terme.
8. Les traitements en stade ultime coûtent cher. L'accent, à tous les paliers gouvernementaux, doit être mis sur les mesures anticipatoires et la prévention.
9. La question de la réouverture du Shamattawa Healing Centre et de la disponibilité de fonds suffisants pour fournir de manière continue des traitements contre les toxicomanies, des soins de suivi, des foyers d'urgence pour les enfants et des programmes visant la consolidation de l'unité familiale, doit être réexaminée par les participants qui croyaient le projet viable au départ.

10. La priorité doit être accordée au développement communautaire. Cependant, tous les programmes doivent commencer là où se trouve la communauté.
11. Un programme de psychiatrie itinérante doit être établi en consultation avec les communautés des Premières nations, afin d'offrir à celles-ci des services psychiatriques sur place.
12. Des infirmiers ou infirmières psychiatriques doivent être recrutés et placés dans tous les postes infirmiers des communautés éloignées.
13. Le Manitoba Adolescent Treatment Centre (MATC) doit être consulté en ce qui a trait à la mise au point de programmes de formation pour ceux qui travaillent avec les enfants et les adolescents des Premières nations aux prises avec des problèmes de santé mentale.
14. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DSPNI) doit procéder à une évaluation de ses programmes BFI/BHC.
15. Les cadres de référence des programmes, mis au point à l'échelle nationale, sont très généraux et doivent être traduits dans un langage qui permettra d'identifier des paramètres pragmatiques donnant aux travailleurs une meilleure idée du cadre dans lequel on s'attend à ce qu'ils travaillent.
16. Il faut reconnaître et appuyer les méthodes de guérison traditionnelles.
17. Il faut encourager et appuyer le maintien des programmes de camping familiaux.
18. Les directeurs régionaux doivent être en mesure de travailler avec, et non pas d'intervenir dans, le leadership des communautés des Premières nations telles que Shamattawa.
19. Santé Manitoba et les autorités régionales de la santé doivent collaborer en vue d'étudier la faisabilité d'une unité de stabilisation en cas de crise à Thompson et Le Pas, incluant une équipe mobile d'intervention en situation de crise, capable de se rendre dans une collectivité en peu de temps.
20. La MacDonald Youth Services Crisis Stabilization Unit doit faire l'objet d'une publicité annuelle à l'échelle provinciale, dans le milieu de la santé mentale.
21. Le système d'aide téléphonique « Jeunesse J'écoute » doit être annoncé dans les écoles, les centres communautaires, les postes infirmiers et les détachements de la GRC. Il s'agit d'un service canadien national bilingue qui offre, 24 heures sur 24, des conseils aux enfants et aux adolescents (le numéro est 1 800 668-6868).
22. Dans tous les endroits où est annoncé le service du point précédent, il faut annoncer également le site Web sur la prévention du suicide chez les jeunes (www.youthsuicide.ca).

DOSSIER DE CAS N° 1849/01

Cause du décès : Brûlures étendues provoquées par un incendie criminel

Nature du décès : Indéterminée

Circonstances : Isobel Lathan est décédée le 29 juillet 2001, à l'âge de 76 ans, des suites de brûlures étendues subies lors d'un incendie à St. Christopher's House, l'établissement de soins pour bénéficiaires internes dans lequel elle vivait, au troisième étage, dans la ville de Laurier, au Manitoba.

Recommandations judiciaires :

1. Que les lois et codes provinciaux et fédéraux applicables soient revus et étudiés afin de rendre plus sûrs les vieux établissements et autres édifices de soins pour bénéficiaires internes, en exigeant l'installation de systèmes d'extincteurs automatiques à eau, qui réduiraient les risques de décès dans des circonstances semblables à celles qui ont mené à la mort d'Isobel Lathan, alors qu'un incendie a été délibérément allumé, ainsi que dans les circonstances où des incendies peuvent être déclenchés accidentellement ou causés par la négligence.
2. Que les établissements de soins pour bénéficiaires internes et autres établissements du même type continuent de suivre un plan d'évacuation d'urgence et des méthodes approuvées par leur service local des incendies, avec des exercices d'incendie périodiques et des exercices d'évacuation d'urgence, et que leur importance soit expliquée aux résidents, au personnel et à tous les occupants ou autres intervenants.
3. L'avocat de l'Office régional de la santé des Parcs expliquait ce qui suit dans le rapport présenté dans le cadre de cette enquête : l'ORS fait valoir, à la lumière de tout ce qui précède, que des services de santé mentale adéquats étaient en place pour traiter avec Currie le soir en question. Malheureusement, en raison d'un grave manque de communication, ces services n'ont pas été correctement utilisés. À cet effet, en rapport avec la politique de la Division de la GRC (pièce 5) dans cette poursuite et selon les preuves du sergent en poste Gary James White, il semble que les programmes, politiques et pratiques en cours de la GRC soient adéquats et n'exigent aucun changement, mais qu'il faille insister sur l'importance

de leur respect et d'une communication en temps opportun, surtout en ce qui a trait à tous les faits pertinents, incluant un comportement étrange, la reconnaissance des contraintes de temps touchant les officiers et le fait qu'un sujet peut ne pas être en état d'arrestation ni même être suspect.

CAS RAPPORTÉS DE DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE *

Année	Garçons	Filles	Total
1995**	27	21	48
1996	33	20	53
1997	38	31	69
1998	29	25	54
1999	43	26	69
2000	23	30	53
2001	35	18	53
2002***	23	22	45
2003***	26	17	43
2004***	20	23	43
Total	**297**	**233**	**530**

* Un « enfant pris en charge » est défini aux alinéas 10(1) (a) et (b) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ces cas ne concernent **PAS** uniquement les enfants placés en famille d'accueil ou en foyers alternatifs.

** Les cas de mortinatalité étaient rapportés en 1994 et 1995. Depuis mai 1995, à la suite d'une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas de mortinatalité ne font plus l'objet d'enquêtes.

*** Le paragraphe 10(1) a été modifié de façon à ce qu'un rapport ne soit requis que si l'enfant décédé, le parent ou le tuteur a obtenu des services d'un office des services à l'enfant et à la famille dans l'année précédant le décès.

Le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* stipule ce qui suit :
S'il reçoit un rapport d'enquête concernant le décès d'un enfant qui, au moment de son décès ou au cours de l'année précédant ce moment :

a) soit avait été pris en charge par un office au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

(b) soit avait un parent ou un tuteur recevant d'un office des services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

le médecin légiste en chef évalue la qualité ou le niveau des soins et des services offerts par l'office :

(c) en examinant les dossiers de l'office relatifs à l'enfant et au parent ou tuteur;

(d) en évaluant les mesures prises par l'office concernant l'enfant et le parent ou tuteur.

Conformément au paragraphe 10(5), le médecin légiste en chef peut inclure dans son rapport annuel un résumé des recommandations contenues dans les rapports faits en vertu du paragraphe 10(3) au cours de l'année précédente. Ce résumé est fourni sans que soient divulgués des noms de personnes ou d'organismes, ou des renseignements qui pourraient permettre de connaître l'identité d'un enfant, ou des parents ou du tuteur de l'enfant.

Outre les 44 rapports (concernant 45 enfants) pour lesquels le médecin légiste en chef a fait 108 recommandations concernant les services proposés, les services fournis à 26 autres enfants ont fait l'objet d'un examen (pour un total de 26 rapports). Pour ces 26 cas, le médecin légiste en chef n'a fait aucune recommandation en ce qui concerne les services fournis par les offices en cause.

Les recommandations ci-dessous tirées de 44 rapports ont été regroupées en catégories.

	Nbre	Total
Bureau du MLC		
(Ces recommandations ont trait aux services fournis au Bureau du médecin légiste en chef.)		
Que la Direction de la protection de l'enfance, un office ou une autorité veille à ce que l'information soit fournie au BMLC tel que requis.	3	
Qu'un office communique avec le BMLC pour lui transmettre des renseignements sur les décès d'enfants.	1	
Que la Direction de la protection de l'enfance revoit la manière dont les offices répondent aux demandes du BMLC, afin de rendre la gestion des ressources plus efficace.	1	
		5
Gestion des dossiers des offices		
(Ces recommandations ont trait aux services fournis en général par un office ou par la Direction.)		
Que l'office s'assure que ses dossiers de service sont complets et qu'il les conserve soit dans un endroit central ou dans un endroit accessible par ses bureaux secondaires.	1	
Que l'office s'assure que les enregistrements sont complets et conserve ses dossiers conformément aux normes provinciales.	5	
Que l'office procède à une évaluation des besoins spéciaux des enfants qui déménagent dans une région urbaine en vue de recevoir des services spéciaux,	1	

et qu'il dirige ces enfants vers les ressources appropriées.

Que l'office respecte les normes provinciales de surveillance et d'évaluation des résultats du service qu'il offre aux familles. 1

Que l'office s'assure que les changements apportés en vue d'améliorer le fonctionnement de l'un de ses bureaux secondaires soient maintenus. 1

Que l'office donne suite aux renvois d'enfants qui ont des comportements auto-destructeurs. 1

Que l'office passe en revue, avec son personnel, ce qui définit la négligence en ce qui a trait aux services de protection de l'enfance au Manitoba, et ce qui définit un enfant ayant besoin de protection. 2

Que l'office fasse les renvois conformément à la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, incluant ceux qui concernent des litiges portant sur la garde d'un enfant. 2

Que l'office s'assure que les cas actifs fassent l'objet de plans de service reposant sur l'évaluation de la famille. 1

Que l'office fournisse des antécédents exhaustifs de la famille lorsqu'il demande l'aide d'un autre office. 1

Que l'office s'assure que les activités inscrites dans ses plans d'intervention apparaissent également dans le dossier, et que les résultats soient pris en compte dans la planification future. 1

Que l'office enquête à fond concernant tous les rapports d'enfants qui naissent en état de privation d'une substance, incluant les évaluations du risque. 1

Que l'office, en collaboration avec l'autorité appropriée, s'assure que des évaluations du risque criminel soient effectuées conformément aux protocoles établis et que les résultats soient pris en compte dans la planification du cas. 1

Que l'office s'assure que des données suffisantes sont versées au système d'information des Services à l'enfant et à la famille (CFSIS), afin de permettre l'identification exacte des personnes impliquées dans un cas. 1

Que l'office veille à ce que des évaluations de la famille et de l'enfant soient effectuées conformément aux normes provinciales régissant ces types d'évaluations. 1

Que l'office s'assure que les évaluations standardisées du risque représentent une composante des enquêtes de mauvais traitement. 1

22

Personnel des offices

Que l'office respecte les normes provinciales concernant l'embauchage de membres de la famille comme travailleurs de soutien. 1

Que l'office passe en revue avec son personnel l'identification des cas de négligence et ses conséquences sur les enfants.	1	
		2

Mesures prises par les offices et la Direction dans les cas de mauvais traitements et de négligence

(Ces recommandations font référence tant à des cas particuliers qu'à la pratique en général.)

Que l'origine des fractures non expliquées soit examinée et que le comité des enfants maltraités de l'office soit consulté en ce qui concerne la sécurité des frères et sœurs survivants.	1	
Que l'office obtienne une évaluation parent-enfant professionnelle de la famille.	1	
Que l'office s'assure que les ordonnances de protection soient respectées et avertisse les personnes qui s'imposent s'il sait que les ordonnances ont été enfreintes.	1	
Que l'office examine les actions des parents.	1	
Que l'office envisage la gestion conjointe des cas difficiles par des employés d'expérience.	1	
Que l'office respecte les normes provinciales régissant les enquêtes de mauvais traitement d'enfants dans des foyers nourriciers.	1	
Que l'office veille à ce que les rapports de violence de parents à l'endroit de leurs enfants soient traités conformément aux exigences provinciales et que chaque allégation précise soit examinée.	1	
Que l'office s'assure que les évaluations soient remplies dans les cas de négligence à l'égard d'un enfant.	2	
Que l'office évalue la famille concernant la situation d'un frère ou d'une sœur survivant.	1	
Que le comité des enfants maltraités de l'office passe en revue les résultats d'une enquête de mauvais traitement et envisage l'inscription au registre des cas d'enfants maltraités.	7	
Que l'office établisse un plan permanent concernant les frères et sœurs survivants, afin d'assurer leur bien-être et leur sécurité.	1	
Que le bureau régional provincial s'assure que des services sont fournis à une famille au sein de laquelle les enfants ont été victimes de mauvais traitement physique et de négligence.	1	
Que l'office veille à ce que le statut d'un enfant soit mis à jour dans le CFSIS.	1	**20**

Mesures prises par les offices et la Direction dans des cas particuliers

(Ces recommandations ont trait aux mesures à l'égard de familles et d'enfants en particulier.)

Que l'agence veille à ce qu'une évaluation précise soit placée dans un dossier.	1
Que l'office procède rapidement à une enquête suite à des allégations.	1
Que l'office s'assure qu'une évaluation parent-enfant professionnelle soit obtenue pour une famille en particulier.	3
Que l'office fasse un renvoi à un autre office en ce qui concerne un enfant en particulier.	1
Que l'office mette à jour le CFSIS afin d'y inclure tous les changements apportés à la structure de la famille.	1
Que l'office révise une décision de ne pas fournir de services aux enfants d'une famille en particulier.	1
Que l'office réfère les enfants d'une famille en particulier au Bureau du protecteur des enfants.	3
Que l'office réévalue une famille afin d'identifier ses forces et ses faiblesses.	1
Que deux offices, en collaboration avec les deux autorités appropriées, s'assurent qu'une évaluation des compétences de parent soit faite avant que des enfants subséquents ne soient placés sous les soins d'une mère ou de sa famille.	1
Que l'office fasse en sorte, si une personne devient à nouveau un parent, qu'une supervision et des conseils soient fournis par un adulte responsable et non pas par un parent ayant des antécédents de mauvais traitement et de négligence d'enfants.	1
Que l'office s'assure qu'un enfant subisse une évaluation dans une clinique spécialisée, qu'une évaluation parent-enfant soit effectuée et que le plan de cas tienne compte des résultats.	1
Que l'office offre les ressources thérapeutiques nécessaires aux enfants.	1
	16

Enfants pris en charge

(Ces recommandations sont propres aux services fournis par les offices ou la Direction aux enfants en foyer nourricier.)

Que l'office procède à des évaluations exhaustives des enfants qu'il prend en charge.	1
Que les normes provinciales soient respectées pour les enfants placés en lieu sûr.	3
Que l'office veille à ce que seules les personnes qui en ont le droit signent les ententes de placement volontaire.	1
Que l'office veille à ce que les placements volontaires soient utilisés tel que le prévoit la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.	2

Que l'office s'assure, avant de donner son congé à un enfant pris en charge, que les raisons justifiant initialement le placement ont été passées en revue et qu'une évaluation de la sécurité et des risques a été faite pour remédier au problème ayant donné lieu au placement.	2
Que l'office suive les normes provinciales pour l'évaluation des aptitudes de ses enfants sous tutelle permanente, afin de veiller à ce que les plans d'intervention répondent aux besoins de l'enfant.	1
Que l'office s'assure que les enfants pris en charge reçoivent des visites de préplacement pour tous les changements de placement sauf ceux d'urgence, tel que le prévoient les normes provinciales, et que la province ajoute cette norme aux nouvelles normes de programmes.	1
Que l'office ait accès à des services de santé mentale d'urgence pour tout enfant pris en charge qui menace de se suicider, et qu'il veille à ce que la responsabilité de ces évaluations n'incombe pas uniquement aux chargés de cas.	1
Que l'office respecte la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* ainsi que les règlements d'attribution de permis de foyer d'accueil au moment de prendre en considération un placement dans la famille élargie, et que les vœux des enfants de plus de 12 ans soient pris en considération.	1
	13

Mesures prises par la Province ou les autorités en place concernant des offices ou des directions

Qu'une autorité appuie activement l'office en fournissant des conseils concernant l'usage abusif prénatal de substances dans un cas particulier.	1
Que la Direction des services de protection des enfants fasse un suivi concernant les enfants survivants, ainsi que les renvois nécessaires pour tout service médical.	1
Que la région veille à ce que les normes de programmes pour l'évaluation des familles soient respectées au moment de l'ouverture ou du transfert d'un cas.	1
Que la Direction des services de protection des enfants s'assure que les dossiers de protection soient ouverts.	1
Que la Direction des services de protection des enfants dirige les enfants vers les services du Bureau du protecteur des enfants.	3
Que la Direction des services de protection des enfants veille à ce que les parents qui signent des ententes de placement volontaire reçoivent les services de relève dont ils ont besoin.	1
Que la Direction des services de protection des enfants s'assure que les	1

placements faisant l'objet d'ententes privées, lorsqu'un office fait partie du processus, respectent les exigences de placement en lieu sûr et que l'office mette par écrit sa participation à l'établissement d'un tel placement.

Qu'une autorité et un office examinent les plans de réunification pour une famille ayant de longs antécédents de violence et de négligence. 1

Que la Direction des services de protection des enfants et toutes les autorités s'assurent qu'aux données versées au CFSIS correspondent des inscriptions dans d'autres parties du système, afin d'éviter que des informations critiques ne soient accidentellement omises. 1

Que la Direction des services de protection des enfants veille à ce que les familles reçoivent les services nécessaires pour résoudre des antécédents de violence et de toxicomanie. 1

12

Adolescentes enceintes et parents mineurs

(Ces recommandations ont trait aux services offerts aux parents qui sont mineurs.)

Qu'un plan de soins de l'enfant soit mis sur pied si des parents adolescents ont un autre enfant. 1

1

Mesures inter-offices/Direction

Qu'un office fasse des renvois directement à un autre office plutôt que de dépendre de services collatéraux, et qu'il demande de recevoir des commentaires sur les résultats obtenus. 1

Que deux offices se rencontrent pour prendre des dispositions concernant un foyer nourricier inactif à la lumière d'antécédents de problèmes concernant des enfants placés. 1

2

Contacts des offices et de la Direction et mesures concernant les services parallèles

(Ces recommandations ont trait aux échanges avec d'autres fournisseurs de services.)

Que l'office s'assure que les familles nourricières supervisées par des organismes privés reçoivent une formation quant à la gestion des comportements et au confinement, afin de veiller au respect des normes et règlements provinciaux, et que ce respect des normes soit surveillé. 1

Que l'office s'assure que les familles nourricières supervisées par des organismes privés respectent les normes et les règlements provinciaux concernant les pourvoyeurs de soins alternatifs et que ces foyers reçoivent les services d'appui appropriés. 1

Que l'office ayant établi une entente avec un pourvoyeur de services exige des rapports écrits périodiques quand les services sont fournis et que, si les employés du pourvoyeur de services refusent de s'y conformer, l'administration du pourvoyeur de services soit avertie. 1

Que l'office signe une entente de service au moment de l'achet de services de counseling ou de thérapie pour les familles et qu'il exige des rapports périodiques. 2

Que l'office, avec l'appui de l'autorité appropriée, se mette en rapport avec un fournisseur de services dans la communauté, afin de mieux transmettre les avis, conformément à la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*. 1

Que l'office planifie, avec un pourvoyeur de services de la communauté, d'aider les nouveaux immigrants à profiter des services à l'enfant et à la famille qui sont à leur disposition. 1

7

Mesures provinciales recommandées à l'égard des services

(Ces recommandations proposent des changements dans le système de protection de l'enfance.)

Qu'une norme de programme soit mise au point exigeant que les enfants en foyer nourricier reçoivent une visite périodique et qu'ils soient observés dans leur foyer nourricier, afin d'évaluer la qualité des soins fournis. 1

Que la Direction des services de protection des enfants mette au point un processus d'inspections régulières pour les foyers nourriciers supervisés par des organismes non mandatés. 1

Que la Direction des services de protection des enfants établisse des normes concernant la supervision des enfants en garde nourricière par des pourvoyeurs de soins alternatifs. 1

Que le ministre relève les Services à l'enfant et à la famille de la responsabilité de surveiller les placements dans un établissement particulier, à moins qu'il y ait d'autres raisons pour que les services de protection de l'enfance jouent un rôle auprès des familles en question. 2

Que la Direction des services de protection des enfants et les autorités mettent au point une norme provinciale d'évaluation exhaustive des risques. 1

6

Recommandations interprovinciales

Que l'autorité, en conjonction avec la Direction des services de protection des enfants, établisse un plan avec une autre province pour une famille recevant les services d'offices dans les deux provinces. 1

Que l'office dirige vers un organisme approprié les familles recevant des services qui déménagent dans une autre province.	1
Total	**2**
	108

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires du présent rapport, adressez-vous au :

Bureau du médecin légiste en chef
1, avenue Wesley, bureau 210
Winnipeg (Man.) R3C 4C6

Tél. : 204-945-2088
Téléc. : 204-945-2442